FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 58

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TORTICOLIS MUSCULAIRE

PAR CONTRACTURE ET RÉTRACTION

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 9 MAI 1888

PAR

Henri-Camille-Alphonse VERGOZ

MÉDECIN DE 2e CLASSE DE LA MARINE

Né à l'Ile de la Réunion (St-Paul), le 1er février 1860.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MORACHE,	professeur,	*président.*
LAYET,	professeur,	*juges.*
PIÉCHAUD,	agrégé,	
POUSSON,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17
1888

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 58

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TORTICOLIS MUSCULAIRE

PAR CONTRACTURE ET RÉTRACTION

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 9 MAI 1888

PAR

Henri-Camille-Alphonse VERGOZ

MÉDECIN DE 2e CLASSE DE LA MARINE

Né à l'Ile de la Réunion (St-Paul), le 1er février 1860.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MORACHE,	professeur,	*président.*
LAYET,	professeur,	*juges.*
PIÉCHAUD,	agrégé,	
POUSSON,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX

Imprimerie Vve Cadoret

17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1888

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DENUCÉ... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
MICÉ..... }

Anatomie	MM. BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER
Thérapeutique	DE FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS. DUBREUILH.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER. PIECHAUD. LAGRANGE. POUSSON. DENUCÉ.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCESANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. MM. PLANTEAU. FERRÉ. | Histoire naturelle..... M. NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. BERGONIE.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clin. méd. des enfants. MM. NÉGRIÉ. | Maladies vénériennes.... MM. VENOT.
Clin. chir. des enfants. PIÉCHAUD | Maladies mentales..... N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements..... M. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... M. CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES, RAOUL, ÉDOUARD, EDMOND

A MES AMIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549603_0075

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR MORACHE

Directeur du Service de santé du 18e Corps d'armée, Professeur de Médecine légale, Officier de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction publique.

A MON SAVANT ET VÉNÉRÉ MAITRE

LE DOCTEUR MARCELIN DUVAL

Ex-professeur de Médecine opératoire à l'Ecole de Médecine navale de Brest, Ex-directeur du Service de santé de la Marine, Commandeur de la Légion d'honneur.

A MM. LES Drs DE MAHY ET MILHET-FONTARABIE

Député et Sénateur de l'Ile de la Réunion.

A MM. LES DOCTEURS PIÉCHAUD ET BOURSIER

Professeurs agrégés à la Faculté de Médecine de Bordeaux. Chirurgiens des hôpitaux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CH. AUFFRET

Professeur de Médecine opératoire à l'Ecole de Médecine navale de Brest, Médecin en chef de la Marine, Chevalier de la Légion d'honneur, Membre correspondant de la Société anatomique de Paris.

A MONSIEUR LE DOCTEUR NOURY

Médecin en chef de la Marine en retraite, Officier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Qu'il me soit permis au début de ce modeste travail, d'adresser tous mes remerciements sincères à MM. les docteurs : Piéchaud, qui m'a inspiré ma thèse et donné des conseils, Boursier qui m'a toujours aidé et a bien voulu me communiquer des notes ; à MM. les docteurs Jolyet, professeur de médecine expérimentale, Demons, professeur de clinique chirurgicale, Dudon, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, Moure, professeur des maladies du larynx, Landes, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, Bergonié, professeur agrégé, Gendron orthopédiste, Noblot, préparateur de physiologie, Morange interne, qui ont eu la bonté de me communiquer des observations ou de m'aider dans mes recherches ; à MM. Sternberg, Pepin Eugène, Lassime, étudiants en médecine, qui m'ont prêté leur concours pour les différentes traductions des langues allemande et anglaise.

Je dois à l'habileté de mon excellent ami Sternberg la confection de mes dessins.

Je remercie aussi MM. les Internes des hôpitaux qui se sont toujours très obligeamment mis à ma disposition, toutes les fois que j'ai eu besoin de leurs services.

Enfin j'adresse à M. le docteur Morache tous les sentiments de ma profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de ma thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TORTICOLIS MUSCULAIRE

PAR CONTRACTURE ET RÉTRACTION

DIVISION

Le torticolis (Caput obstipum, Collum distortum des anciens; Steifer Hals, Hlssteifheit des Allemands; Crick, vryneck, Torticollis des Anglais; Torcicollo des Italiens ; Torticolis des Espagnols; Cou tors du moyen-âge; Torticolis des auteurs modernes), est une difformité congénitale ou accidentelle caractérisée par une inclinaison vicieuse de la tête, accompagnée d'un certain degré de torsion du cou; cette difformité, qui n'est qu'un symptôme commun à un grand nombre d'affections, peut être produite par la paralysie des muscles du cou d'un côté, ou par la contracture, la rétraction des muscles du côté opposé, par la carie et la déviation de la colonne vertébrale, enfin par la rétraction des tissus, peau, tissu cellulaire, après une brûlure, ou après une perte de substance quelconque.

Comme on peut le voir d'après ce que je viens de dire, il existe plusieurs variétés de Torticolis :

1° *Le torticolis musculaire ;*

2° *Le torticolis osseux.* Avec de Saint-Germain, nous pouvons admettre six espèces de torticolis osseux et articulaire, suivant que le torticolis est consécutif : (*a*) aux lésions traumatiques ; (*b*) à la synovité sous-occipitale unilatérale ; (*c*) à l'arthrite sous-occipitale unilatérale ; (*d*) à la tumeur blanche ; (*e*) à l'arthrite déformante ; (*f*) à un vice de conformation congénitale ;

3° Enfin en troisième lieu nous avons le *torticolis, cutané, cicatriciel.*

Je ne m'occuperai que du torticolis musculaire, et dans le torticolis musculaire je n'étudierai que celui produit par la contracture et la rétraction musculaire je laisserai de côté le torticolis musculaire paralytique et le torticolis spasmodique. Je ne parlerai de ces deux dernières formes, des différentes espèces de torticolis osseux, du torticolis cicatriciel, je ne parlerai, dis-je, de ces torticolis qu'au diagnostic différentiel.

J'ai adopté, pour mon travail, la division classique :

1° Etiologie ;

2° Anatomie pathologique ;

3° Symptomatologie ;

4° Diagnostic ;

5° Pronostic ;

6° Traitement.

Je publierai les observations que j'ai pu recueillir, dans le cours de mon travail.

J'insisterai principalement sur l'anatomie pathologique et le traitement chirurgical.

ÉTIOLOGIE

Le torticolis musculaire peut se rencontrer dans deux circonstances différentes ; de là, deux variétés de torticolis : 1° *Le torticolis physiologique volontaire* qui est lié aux divers états de l'âme et qui n'a point échappé aux anciens naturalistes et poëtes, car on trouve dans Suétone, Horace, Perse, Lucien, Rabelais des passages qui, décrivant l'attitude de certains personnages historiques ou autres, leur attribuent la position du torticolis ; tel est le torticolis qui donnait à Tibère son attitude hautaine ; c'est là aussi le torticolis connu aujourd'hui sous le nom de *torticolis des petits maîtres*. Je parle de ce torticolis parce qu'il peut à la longue amener une difformité permanente ; 2° *la deuxième variété est le torticolis pathologique involontaire,* qui comprend lui-même deux sous-variétés et dont nous allons maintenant étudier les causes.

Ces deux sous-variétés sont le *torticolis musculaire aigu* et le *torticolis musculaire chronique*.

(*a*). D'abord étudions les causes du *torticolis musculaire aigu* ; très souvent ce torticolis est causé par le rhumatisme, chez l'adulte surtout, par un refroidissement. Le torticolis produit par le froid serait, d'après Grisolle, plus fréquent chez l'homme que chez la femme ; une mauvaise position pendant le sommeil, un furoncle ou un abcès de la région cervicale, en un mot toutes les inflammations de cette région, qu'elles soient primitives ou secondaires, aiguës ou chroniques, de causes internes ou externes, peuvent aussi produire le torticolis. La syphilis associée au rhumatisme peut aussi être mise en cause. En 1812,

Petit-Radel s'exprimait à propos du rhumatisme syphilitique de la façon suivante :

« Les douleurs qu'il cause sont assez violentes, quand elles sévissent longtemps sur les muscles pour produire dans ces muscles une rétraction bien rebelle aux moyens de guérison ». Ph. Boyer et plus tard Ricord ont rapporté des cas de contracture syphilitique des muscles. J'ai pu recueillir deux observations où ces deux affections ont donné lieu à un torticolis, et je publierai plus tard ces observations.

Le torticolis peut encore se montrer à la suite d'un mouvement brusque (cas de Depaul), d'un effort, d'un traumatisme, à l'état spasmodique sous forme de contractions involontaires et passagères, de véritables crampes.

Les centres nerveux et les nerfs périphériques peuvent aussi donner lieu à des contractures qui sont le point de départ de torticolis musculaire : telles sont la méningite cérébro-spinale, l'encéphalite spontanée, les tumeurs cérébrales, etc. Enfin, il ne faut pas oublier les névroses, le tétanos, l'hystérie, les névralgies faciale, cervicale, et en dernier lieu je citerai les professions. Telles sont les différentes causes de *la forme aiguë du torticolis* ; arrivons maintenant à *la forme chronique* qui au point de vue des causes est entièrement liée à la première ; citons à ce propos la phrase de M. Peyrot qui s'exprime de la façon suivante, dans le Manuel de Pathologie externe des quatre agrégés (Peyrot, Kirmisson, Reclus et Bouilly) : « Il suffirait de citer pour l'éliminer tout de suite de cette étude, la forme aiguë et passagère, si la forme chronique n'avait avec elle des rapports étiologiques importants ».

Il arrive en effet souvent que la forme chronique est la conséquence de la forme aigue. Etudions maintenant les causes de cette forme chronique.

(*b*) *Torticolis musculaire chronique permanent.* — Cette forme peut être congénitale ou acquise.

Occupons-nous d'abord du torticolis permanent congénital. L'existence de ce torticolis qui a soulevé de la part d'éminents chirurgiens de nombreuses discussions est rare. Les causes sont peu connues, mais il n'en existe pas moins. A ce sujet, rapportons les conclusions de Peyrot, dans l'ouvrage déjà cité :

« Plusieurs raisons font penser que le torticolis peut être réellement congénital ce sont surtout : 1° la prédominance de l'affection d'un côté, le *droit*, ce qui semble en rapport avec une position factale habituelle ; 2° l'existence bien constatée peu de jours après la naissance de lésions musculaires qui remontaient certainement à une époque lointaine ; enfin 3° l'hérédité de la maladie notée par Dieffenbach au moins une fois. »

Si l'existence du torticolis congénital n'est pas contestée par presque l'unanimité des chirurgiens, il n'en est plus de même de l'étiologie de ce torticolis qui est encore peu connue, et pour laquelle on est réduit à beaucoup d'hypothèses. C'est ainsi qu'on a successivement invoqué :

L'hérédité : Dieffenbach cite cinq frères et sœurs atteints de torticolis à gauche, (*Berlin medecine zeitung*, 1838, n° 27. Traduit par M. Bouvier, Expérience 1838, p. 272).

Dieffenbach ne dit rien des parents, il opéra deux de ces enfants. Vidal de Cassis cite des observations où l'influence de l'hérédité paraît démontrée. Dans son article Torticolis, *Encyclopédie internationale de chirurgie*, M. Jeannel dit avoir connu un étudiant en médecine opéré d'un torticolis, dont le père et le frère étaient atteints de la même difformité.

Les pressions exercées sur le fœtus par l'utérus, pendant la vie intra-utérine, ont été invoquées par Hippocrate, Ambroise Paré, Cruveilhier, Malgaine, Dieffenbach etc.

L'insuffisance du liquide amniotique et une mauvaise attitude prise et gardée par le fœtus ont été mises en cause.

Pour l'accoucheur Busch, voici comment se produirait le torticolis congénital : la tête descend dans le bassin, le pariétal fortement dirigé en avant vers la symphyse; l'utérus dans le dernier mois de la grossesse, ainsi que le fœtus sont dans l'antéflexion, la tête du fœtus est donc par cela même inclinée en avant; le muscle sterno-cleido-mastoïdien droit se raccourcit à son tour, et la déformation est alors permanente. La présentation de la tête en O. I. G. A. étant la plus ordinaire, c'est pourquoi le sterno-mastoïdien droit est le plus souvent atteint.

Rudalphi, Béclard, J. Guérin, attribuent le torticolis congénital à une lésion des centres nerveux; Dolbeau à une inflammation des fibres musculaires.

D'après Bouvier, ce torticolis aurait pour cause un arrêt de développement.

Dieffenbach, Stromeyer avaient émis l'opinion d'une déchirure, d'une contusion du sterno-mastoïdien pendant les accouchements laborieux, par le siège, par les instruments, comme pouvant produire une rétraction cicatricielle, cause future du torticolis. Ainsi pense le professeur Trendelemburg de Berlin, qui a parfaitement étudié l'étiologie du torticolis congénital, à Bonn. Il a, dans le courant de ces deux dernières années, remarqué beaucoup de cas de ce genre, ce qui montre de la façon la plus évidente la relation qui existe entre la présentation de l'enfant et le torticolis.

Le docteur Fabry, de l'Université de Bonn (Prusse), cite à ce propos dans sa thèse inaugurale 14 observations où le torticolis congénital reconnaît pour cause un accouchement laborieux. Cette opinion qui avait été partagée par Billroth, Volkmann, G. Fischer, a été combattue par Petersen; *archives de Langenbeck,* xxx, p. 781 *Centralblatt,* 1885, n° 7). Je dois dire que Volkmann vient de corriger cette opinion absolue, et il s'est un peu rallié à Petersen; voici comment il s'exprime dans

le n° 14 de 1885 du *Centralblatt für chirurgie :* « La théorie de Stromeyer, d'après laquelle les lésions intra-utérines, comme le tiraillement, les érosions et les sections complètes du muscle sterno-cleido-mastoïdien, produiraient des rétractions cicatricielles de ce muscle, des contractures amenant l'inclinaison de la tête, des lésions nutritives et le raccourcissement de ce muscle, ne semble pas reposer sur une base solide. La rupture sous-cutanée, l'hématome du muscle sterno-cleido-mastoïdien, ne conduisent pas sûrement dans la majorité des cas au raccoucissement du muscle, et par cela même au torticolis, de même que les ruptures des muscles dans d'autres parties du corps n'entraînent pas invariablemeut la contracture du muscle ».

Toutefois, il faut bien le dire, Volkmann n'est pas aussi exclusif, il admet que la rupture du sterno-mastoïdien peut être *quelquefois* la cause du torticolis ; de plus, il admet aussi que cette rupture a lieu parce que le muscle est trop court et ne s'allonge pas.

De toutes ces discussions, il résulte que le torticolis congénital ne saurait être nié, mais que sa cause est encore à trouver. Il est impossible d'accepter l'une de ces opinions à l'exclusion des autres, et il est fort probable que les différentes causes que nous venons d'énumérer peuvent être invoquées à l'occasion.

Arrivons maintenant au *torticolis chronique, acquis permanent.*

Age : Cette forme est surtout observée pendant les premiers temps de la vie, où elle apparaît à la suite de convulsions ; rare chez l'adulte, où elle apparaît souvent à la suite du rhumatisme, encore plus rare chez le vieillard.

Sexe : Elle serait plus fréquente chez les femmes pour certains auteurs ; pour d'autres, Grisolle par exemple, elle serait plus fréquente chez l'homme, qui est plus exposé au froid.

Les piqûres, les brûlures, toutes les inflammations du cou, adénites, phlegmons, pouvant se communiquer secondairement aux muscles du cou, et principalement au sterno-cléido-mastoïdien, peuvent déterminer la contracture et plus tard la rétraction de ces muscles.

Il en est de même des traumatismes intéressant profondément les muscles du cou, et des myosites, surtout d'origine syphilitique dont Ricord cite des exemples très nets, et les muscles atteints lésés par cette dernière affection se transforment en tissu cicatriciel très rétractile.

Je mentionnerai encore les tumeurs; voici comment M. Couillard-Labonnate s'exprime dans sa thèse inaugurale à ce sujet : « Une tumeur développée dans la région cervicale peut amener une déviation de cette partie de plusieurs manières : tantôt le poids de la tumeur déplace le centre de gravité de la tête, passant par la colonne vertébrale; les muscles du côté opposé sont alors obligés de se contracter pour rétablir l'équilibre rompu; de là, la déviation semblable au torticolis. — D'autres fois la tumeur située profondément peut soulever et distendre le corps d'un muscle, en rapprochant ainsi les deux extrémités, et produire le même effet que produirait la contracture. Enfin, une tumeur inflammatoire produira une distension plus ou moins grande, soit de la peau, soit des muscles, et le malade, pour éviter la douleur produite par la compression faite par la peau distendue ou par les autres organes, inclinera le cou dans telle ou telle position. »

Je citerai encore les lésions articulaires ou osseuses du crâne et de la colonne cervicale; mais comme je le ferai voir plus tard au diagnostic différentiel, il importe de bien faire ressortir la part qui revient aux muscles, aux surfaces articulaires, aux os.

Je n'oublierai pas les affections oculaires sur lesquelles le

Dr Cuignet, de Lille (*Recueil s'ophtalmologie*, 2e série, avril et juillet 1874), a attiré l'attention ; le Dr Cuignet a démontré d'une façon évidente que, soit par suite de photophobie, soit pour neutraliser la diplopie, bon nombre de malades prennent une attitude vicieuse offrant tous les caractères du torticolis : « La tête est plus ou moins fléchie en avant, penchée vers l'une ou l'autre épaule et tournée sur son axe de manière que l'un des côtés de la face regarde en avant ».

D'après Cuignet, ce torticolis serait tantôt intercurrent et de courte durée, c'est-à-dire en rapport avec certains besoins de vision et avec la durée de la maladie oculaire qui lui a donné naissance ; d'autrefois il serait permanent, mais en faisant une distinction sous le rapport de la permanence ; c'est ainsi qu'il faudrait admettre un torticolis permanent, grâce à la permanence du vice de la vision, mais capable de disparaître si ce vice peut être corrigé. Tandis qu'il y en a un qui est absolument acquis et qui ne disparaîtrait plus par la seule correction du vice de vision qui lui a donné naissance.

Le Dr Maubrac, dans sa thèse inaugurale (Bordeaux 1885), a étudié avec soin les relations existant entre les mouvements des yeux et ceux du quadriceps capitis : « Par la mobilité qu'il imprime à la tête, ce muscle est auxiliaire des organes du sens. Il nous permet d'embrasser la presque totalité de l'horizon, et permet à la vision d'atteindre le but ; les yeux réduits à leur propres muscles eussent été incapables de remplir la conservation de l'individu ».

Je n'oublierai pas l'influence des attitudes vicieuses surtout invoquées par Andry (*l'Orthopédie*, p. 83, t. 1, MDCCXLI). Voici ce qu'en pense F. Fuyon (article Torticolis du *Dictionnaire encyc. des sc. méd.*) :

« On sait que l'on attache bien peu d'importance aujourd'hui à ce genre de causes dans la production des déviations de la

taille ; rien n'autorise non plus à penser que la manière de porter les enfants de ces couches dans leurs berceaux, etc..., puisse produire le torticolis. Ces différentes causes semblent cependant pouvoir être seules accusées de certaines façons vicieuses de porter la tête, et cela seul doit suffire pour qu'elles soient évitées ».

Enfin, je terminerai en citant encore la paralysie de l'un des sterno-cleido-mastoïdiens, soit isolée, soit accompagnée d'hémiplégie qui engendre un torticolis du côté opposé facile à comprendre : le muscle sterno-cleido-mastoïdien du côté opposé, se contracte d'abord, puis à la longue finit par se rétracter tout à fait, et on a affaire à un véritable torticolis d'un mécanisme facile à saisir.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude de l'Anatomie pathologique du torticolis s'adresse principalement à la forme chronique; aussi nous allons être très bref au sujet de l'anatomie pathologique de la forme aiguë.

Dans celle-ci, les différents muscles du cou peuvent être lésés, mais ce sont surtout le sterno-cleido-mastoïdien et le trapèze qui sont atteints. Le muscle est alors contracturé, raccourci, mais non rétracté. Quelquefois cette contracture, quand elle résulte d'une action réflexe, n'est accompagnée d'aucune lésion anatomique, le raccourcissement est le seul phénomène que l'on constate. D'autres fois, dans le torticolis d'origine rhumatismale, par exemple, on constate au microscope de la rougeur de la peau, de l'hypertrophie du tissu conjonctif, de l'irritabilité musculaire. Outre ces lésions que l'on rencontre seules, dans certaines circonstances, on peut en constater d'autres qui sont produites par des abcès, des furoncles, des inflammations de toutes sortes, etc.

L'anatomie pathologique du torticolis musculaire permanent est pauvre en documents. D'après G. Fischer, Brindell aurait fourni la preuve de la congénitalité du torticolis, il y a plus de cent ans : chez un enfant nouveau né, le muscle sterno-mastoïdien d'un seul côté n'était plus qu'un simple tendon (Eine Blass Sehne). De plus, toujours d'après G. Fischer, Hessinger est le premier qui en 1826 put faire l'autopsie d'un enfant âgé seulement de quelques jours, et atteint de torticolis. Voici ce que Hessinger a trouvé à l'autopsie : le sterno-mastoïdien de l'un

des côtés avait deux centimètres de moins que l'autre, le muscle était en outre plus étroit, il ne contenait pas de fibres musculaires (Maskelsubstang), mais était constitué par un tissu tendineux blanc (einem weissem sehnengewche).

Bouvier et Dieffenbach ont pratiqué quelques rares autopsies, mais ce sont surtout les recherches de Volkmann qui ont fixé la science sur ce point particulier.

Witzel rapporte dans le (*Deutsche Zeitschrift für chirurgie,* B. XVIII, 1883, p. 524), trois observations très intéressantes où il a observé des lésions anatomiques très curieuses, chez des personnes atteintes de torticolis. Je vais publier ces trois observations qui ont été traduites en français.

L'idée de torticolis et celle de rétraction du sterno-mastoïdien sont tellement associées qu'elles semblent inséparables. Ainsi ont pensé Velpeau, dans son traité de médecine opératoire, Malgaigne, dans ses leçons d'orthopédie, Vidal de Cassis, Goujot dans son ouvrage.

On a discuté longuement (Malgaigne, Dieffenbach) la question de savoir si les deux faisceaux du sterno-mastoïdien étaient également pris; les autopsies n'étant pas suffisantes, on a eu recours à la clinique, au raisonnement, et aux résultats des opérations pour tâcher de résoudre le problème. Il semble résulter des faits observés que la contracture est souvent limitée au faisceau sternal; qu'elle est parfois commune aux deux faisceaux et qu'elle frappe beaucoup plus rarement le faisceau claviculaire isolément. Quant aux causes de ces faits, on les ignore, on est réduit à de pures hypothèses.

Mais le sterno-mastoïdien n'est pas le seul muscle atteint. Fabre, dans son Dictionnaire 1846, après avoir longuement parlé du sterno-mastoïdien, ajoute : « Il paraît démontré aujourd'hui que la plupart des muscles du cou peuvent devenir le point de départ d'une rétraction permanente et contribuer

aussi à quelques-unes des déviations de la tête. » C'est ainsi que les auteurs ont en effet constaté des torticolis produits par le *trapèze,* le *splenius*, le *complexus,* le *scalène,* le *peaucier,* l'*angulaire de l'omoplate.* Ces muscles ont été atteints séparément ou plusieurs à la fois.

D'une façon générale, on peut dire que les lésions du torticolis restent rarement limitées au muscle primitivement atteint, ses congénères ne tardent pas en effet à subir l'influence de la déviation et se raccourcissent pour s'adapter à la nouvelle position prise par le squelette.

Le premier effet de cette inclinaison permanente de la tête et de la région cervicale est de distendre certains organes et d'en mettre d'autres dans le relâchement; en même temps tous les mouvements sont abolis, soit en totalité, soit en partie. Cette absence de mouvement finit par produire une atrophie des muscles; chaque faisceau musculaire diminue de volume, soit en épaisseur, soit en largeur; la fibre pâlit. Dans certains cas, en même temps que ces phénomènes ont lieu, un phénomène inverse se produit, et à la fibre musculaire se substitue la vésicule adipeuse, mais d'autres fois cette substitution n'a pas lieu, et si tout le tissu musculaire disparaît, il ne reste que le tissu fibro-celluleux faisant partie du muscle et qui constitue la charpente fibreuse de cet organe.

Ce sont ces deux phénomènes qu'on appelait dégénérescence graisseuse, et dégénérescence fibreuse des muscles. Les muscles distendus et relâchés diminuent également de volume; ces derniers peuvent perdre toute apparence musculaire, et à la contracture succède la rétraction qui s'oppose plus tard à l'extension.

On ignore au bout de combien de temps se fait cette transformation du tissu musculaire en tissu rétractile, voici ce que dit Peyrot à ce sujet : « Les contractures peuvent durer long-

temps, des mois, des années peut-être, sans que la substance du muscle soit totalement altérée ». Dans ce dernier cas, si le muscle ne présente pas d'altération dans sa constitution, il n'en est pas moins raccourci (Bouvier). Quand cette transformation du muscle en tissu rétractile a eu lieu, le muscle (ici je fais allusion au sterno-cleido-mastoïdien, qui est presque toujours en cause) est toujours raccourci, plus ou moins altéré, voire même transformé en une sorte de corde. Tels sont les cas de Hessinger (1826), de M. Comtesse qui a présenté à la Société Anatomique de Paris (janvier 1882) un sterno-cleido-mastoïdien complètement transformé en tissu fibreux, et provenant d'un sujet atteint de torticolis depuis 38 ans; tel est encore le cas de Witzel relaté dans l'observation que je dois publier. D'autre part, comme l'a fait remarquer Bouvier (l'*Expérience,* 1837). Le muscle peut être raccourci, du quart, du tiers, de moitié. Tantôt il est, en outre considérablement aminci et atrophié en tous sens, tantôt il a conservé son volume ou même il a augmenté d'épaisseur. Il est habituellement dur et tendu, surtout au moindre effort tendant à replacer la tête dans sa position naturelle. Mais Bouvier l'a vu aussi presque sans aucune régidité, à moins qu'un grand effort de redressement et de rotation inverse ne vînt réveler la force qu'il opposait à ce mouvement. Je vais maintenant donner les résultats des observations de Volkmann au sujet des lésions anatomiques du torticolis.

N'ayant pu obtenir le redressement de la tête, par la ténotomie sous-cutanée, dans plusieurs cas de torticolis, Volkmann pratiqua la section du muscle et des parties fibreuses environnantes à ciel ouvert, et excisa en même temps de petits lambeaux musculaires pour les examiner.

Voici ce qu'il a constaté : 1° Dans les cas très accentués de torticolis, le muscle ne présentait aucune altération, aucune

cicatrice, et tout autour de lui on ne pouvait trouver aucune lésion permettant d'expliquer le traumatisme ou le processus inflammatoire anciens.

2° Dans d'autres cas, on constatait des lésions plus profondes, produites par le processus inflammatoire; le muscle était sur une grande étendue privé de substance contractile et transformé en une masse blanche, pauvre en vaisseaux, fibreuse, l'aponévrose du muscle faisait défaut, et le muscle lui-même était entouré de prolongements cicatriciels qui s'irradiaient sur les côtés et dans la profondeur. La gaîne du vaisseau était épaissie. Dans deux cas il a trouvé, après l'examen microscopique du sterno-cleido-mastoïdien, des parties tout à fait dépourvues de fibres musculaires.

3° Entre les deux cas précédents il arrivait encore que le muscle était converti en un gros tendon, ou bien qu'il était parcouru par des tractus fibreux, dans lesquels on pouvait reconnaître la présence de faisceaux musculaires.

Volkmann avait surtout pour but de rechercher la cause du torticolis congénital, et de ses recherches il conclut que l'hématome est rarement la cause de ce torticolis, et que les traumatismes du cou, subis par les enfants au cours de l'accouchement, déterminent une partie des cas de torticolis congénital par les processus inflammatoires violents et étendus qu'ils entraînent à leur suite. Quant au cas où l'autopsie n'a relevé aucune trace de processus inflammatoire, Volkmann ne se les explique pas.

De plus, Duval avait remarqué que la gaîne du muscle malade était elle-même rétractée. C'est pour rompre cette gaîne qu'il préconisait le traitement appelé par lui : le coup du malin. C'est-à-dire qu'aussitôt après la ténotomie, il faisait imprimer à la tête un mouvement brusque pour rompre la gaîne, et ce qui pouvait subsister du tendon.

D'après Bouvier, c'est la rupture de cette gaîne qui produirait ce craquement particulier, ce bruit d'étain que l'on entend après la section du tendon rétracté.

Les ligaments, ceux situés du côté de la déviation, peuvent aussi subir un certain degré de rétraction, tous les auteurs s'accordent sur ce point ; aussi ces ligaments rétractés ajoutent leur résistance à celle des muscles contracturés ou rétractés pour empêcher le redressement de la tête et du cou ; et, disons-le dès maintenant, c'est la résistance de ces ligaments qui nous fera comprendre l'utilité des appareils orthopédiques après les sections tendineuse ou musculaire.

Un autre fait a pu être constaté par la plupart des auteurs, c'est l'intégrité presque absolue des vertèbres cervicales : il en était ainsi du moins dans les autopsies faites par Robert, Marchenaux et Bouvier ; dans l'observation de Bouvier, le corps de l'axis seul était un peu aminci à droite ; la tête put en effet être redressée dès que le muscle rétracté fut divisé. Dans l'observation de M. Comtesse, l'ankylose de la colonne cervicale est notée, mais l'auteur ne donne aucun détail à ce sujet.

Dans son observation, Witzel cite un peu d'atrophie de certaines vertèbres cervicales ; nous y reviendrons plus tard. Bouvier a noté un peu d'aplatissement du corps de l'axis du côté malade.

Toutefois, il faut observer que dans tous les cas cités, ceux où il existait des altérations des vertèbres, et ceux où il n'y en avait pas, le torticolis datait de plus de vingt ans ; ce qui infirme l'opinion de Sharp et de Boyer qui pensaient que toutes les fois que le mal était ancien, ou datait de l'enfance, il y avait une déformation des vertèbres qui devait s'opposer au retour de la tête à sa rectitude normale.

Les vaisseaux, ceux du côté de la flexion, sont comprimés ; de là une gêne de la circulation de ce côté ; cette gêne circulatoire

peut être mise en évidence par le spygmographe (voir à ce propos l'observation que j'ai recueillie dans le service du docteur Boursier). Witzel n'a pas constaté de lésions anatomiques des parois des vaisseaux.

J'arrive maintenant à l'étude d'autres lésions très importantes, je veux dire l'asymétrie de la tête, les déformations des os de certaines parties du squelette. Ainsi que l'a constaté Broca, chez les individus atteints de torticolis ancien, la demi-face et le demi-crâne correspondants à l'inclinaison de la tête sont le siège d'une sorte d'atrophie partielle. Stromeyer disait que ces lésions étaient produites par la faiblesse de la respiration du côté de la poitrine correspondant au côté malade, car, dit-il, les muscles profonds du cou ne peuvent entrer en action, leurs points d'insertion étant très rapprochés l'un de l'autre.

Mais il y a là un défaut de nutrition que Broca a signalé et qu'il voulait étendre jusqu'au cerveau, faisant à tort de ces malades des êtres moins intelligents; cette dernière proposition a été exagérée (St-Germain).

J. Guérin, dans un article sur la déformation de la face et du crâne dans le torticolis ancien (*Bulletin de l'Académie de médecine,* 2e série, IX, n° 30, p. 27), est le premier à avoir très bien étudié ces lésions, et je ne puis mieux faire ici que de résumer cet article.

J. Guérin dit que ces déformations considérées dans leur ensemble, leur étendue, leur siège immédiat et leur direction, relèvent d'un mécanisme très intéressant, qui ne peut résulter de la simple inclinaison de la tête.

J. Guérin considère successivement les points suivants :

1° Ces lésions occupent non seulement les surfaces osseuses et les parties molles qui les recouvrent, mais elles atteignent la mâchoire inférieure, dont la branche montante est parfois

plus saillante. L'apophyse mastoïde donnant attache au muscle rétracté est très allongée et très élargie. Il y a donc là bien plus qu'une simple atrophie uniformément répartie sur la demi-face et le demi-crâne.

2° Un second fait non moins général est le suivant : Tous ces éléments réduits atrophiés ont une direction commune et différente de la normale; ils sont comme tirés suivant une ligne oblique de haut en bas et de gauche à droite, si le torticolis est à droite, et de haut en bas et de droite à gauche si le torticolis est à gauche.

Les yeux ne sont plus situés sur un axe transversal, par rapport au reste de la face, ni placés à la même hauteur; ils sont comme en escalier, de sorte que si la tête était redressée, leurs axes transversaux seraient à une hauteur différente, et différemment inclinée à l'horizon.

3° Ce second ordre de faits conduit à un troisième qui les relie et les explique, c'est l'inclinaison de la colonne cervicale sur la colonne dorsale, en sens inverse de l'inclinaison de la tête, destinée à balancer cette dernière. Cette inclinaison a pour double résultat de reporter la tête d'une quantité notable du côté opposé à la difformité, et de lui permettre aussi un certain redressement par le rapprochement des points d'insertion du muscle rétracté.

La conséquence de ce fait important est un accroissement considérable de l'espace compris entre l'épaule et la racine du cou du côté du torticolis, et une réduction proportionnelle du même espace du côté opposé.

4° Ce transport de la tête du côté opposé à son inclinaison et l'élongation qui en résulte de toutes les parties comprises entre la tête et l'épaule ont pour résultat matériel et indéniable une tension et une traction incessantes de la peau, des muscles, et des autres parties sous-jacentes, depuis le sommet

du crâne jusqu'au sommet de l'épaule du même côté. Or, toutes les parties situées sur le trajet et suivant la direction de cette traction oblique générale, le péricrâne d'abord, le nœud médian, les cheveux, les paupières, les sourcils, les yeux, les cavités orbitaires elles-mêmes, les ailes du nez, les lèvres et les mâchoires supérieure et inférieure s'harmonisent dans cette direction commune, comme les effets d'une même cause.

Nous venons de voir quatre ordre de faits, s'enchaînant, se subordonnant, résultant d'une cause commune, et convergeant à un effet identique : une compression générale et uniforme, avec traction dans une même direction des parties intégrantes, de la peau d'abord, puis des parties situées entre la peau et les surfaces osseuses du côté de la difformité; compression et traction du tissu cellulaire, des muscles, des aponévroses, des nombreux vaisseaux du demi-crâne et de la face, des nerfs et des os eux-mêmes; d'où entraves à la circulation, à l'innervation, à la nutrition, en un mot à toutes les fonctions qui règlent et entretiennent le développement et la forme normale des parties.

Ce mécanisme de l'atrophie et de la déformation de la demi-face et du demi-crâne des torticolisés entraîne nécessairement le trouble et l'insuffisance circulatoire auxquels M. Broca a justement attribué l'abaissement de la température.

J'ai tenu à constater l'existence de ces troubles de la circulation et de la température, et je crois avoir pu vérifier leur exactitude dans l'observation que je publie à la fin de ma thèse.

Enfin, je mentionnerai encore quelques lésions, du côté des os du bassin, que Witzel a constatées et relatées dans son observation.

OBSERVATION I

Cette observation est extraite de l'Orthomorphie de J. Delpech, 1828.

Voici comment Delpech s'exprime :

« Une enfant naît avec les apparences de la santé et de la force de son âge. Quelques mois après sa naissance, on remarque qu'elle porte la face tournée à droite et la région mastoïdienne gauche inclinée vers l'épaule de ce dernier côté. Cette attitude, que l'on note aussitôt que l'enfant est capable de tenir son tronc érigé, se prononce bien davantage dès qu'elle peut se tenir debout et marcher.

On nous montra la jeune malade à l'âge de 18 mois; en l'examinant attentivement, nous reconnûmes que le muscle sterno-mastoïdien gauche était plus court que celui du côté opposé. Les deux agissaient également dans les inflexions de la tête que la malade manifestait l'intention d'exécuter; mais la contraction de l'un portait la face vers l'épaule opposée, et celle de l'autre ne pouvait pas ramener cette même partie dans la ligne médiane. En saisissant le crâne avec une main, nous pouvions, au moyen d'un effort notable, ajouter à la force du muscle sterno-mastoïdien droit, au point d'incliner la face à gauche; mais, aussitôt que la tête était abandonnée à elle-même, elle reprenait l'attitude habituelle. Les deux muscles étaient d'ailleurs d'un volume à peu près égal, ils présentaient une consistance pareille; ils se gonflaient l'un et l'autre, au même degré, pendant leur contraction, ils ne présentaient pas d'autre différence que celle de la longueur.

Nous fîmes apprécier les circonstances de cet état au père de l'enfant, qui est un médecin distingué, et nous lui exposâmes le plan d'un traitement mécanique, dont le but serait l'extension permanente et l'allongement progressif du muscle court. Il goûta nos idées et nous promit d'amener son enfant à Montpellier, pour les mettre à exécution.

Il ne nous revit que 10 mois après : à cette époque l'enfant avait grandi et la différence entre les deux muscles avait beaucoup augmenté; en saisissant le crâne, on ne pouvait plus imprimer aussi facilement à la tête un

mouvement de rotation de droite à gauche; on était empêché par une résistance qui arrêtait le mouvement d'une manière assez brusque, et l'on s'assurait aisément que le muscle sterno-mastoïdien gauche était l'instrument de cet obstacle. La démarche de l'enfant nous parut alors singulière : nous la fîmes dépouiller et voici les remarques dont elle nous fournit le sujet :

Tandis que la tête présentait un port insolite, que la face s'était tournée vers l'épaule droite, et l'occiput incliné vers la gauche, le haut du tronc était sensiblement penché vers le côté droit. Dans la station, les deux membres inférieurs étaient fort écartés entre eux : mais, en outre, le droit seul était sous la ligne médiane du corps; le gauche était écarté très notablement, et suivant une ligne très oblique. Dans la marche, les membres inférieurs s'écartaient plus encore; cependant le corps ne se balançait pas d'un côté à l'autre. L'enfant examinée par devant, pendant la déambulation, on voyait aisément que le sternum se portait à droite. Vue par derrière dans le même temps, il était évident que la région lombaire de l'épine et la moitié inférieure de la région dorsale formaient un arc prolongé, dont la concavité était à droite. L'enfant couchée en supination ou en pronation, ne présentait plus aucune trace de courbure de l'épine; mais le membre inférieur gauche se trouva manifestement plus court que le droit. Alors nous comparâmes tout le reste des deux côtés du corps et des membres, et nous constatâmes aisément une différence très notable, au préjudice de tout le côté gauche. Les traits même de ce côté de la face furent reconnus, aussi bien que ce même côté du crâne, pour être fort au-dessous du développement du côté opposé.

Cette jeune enfant a été vue par notre collègue Dubreuil et par M. le professeur Geoffroy-Saint-Hilaire : l'un et l'autre ont constaté les lésions que nous venons de noter; ils ont reconnu l'inclinaison du corps à droite, la courbure commençante de la colonne vertébrale et la disparition complète de cette même courbure par la situation horizontale.

Elle est soumise maintenant (avril 1827), sous la direction de son père, homme instruit et prudent, à un traitement que nous avons mentionné et dont les effets sont déjà fort remarquables.

Six mois après, la guérison était pour ainsi dire obtenue. »

Dans cette observation très ancienne nous pouvons voir que beaucoup de lésions du torticolis étaient déjà bien connues.

OBSERVATION II

Torticolis ou contracture d'un muscle sterno-mastoïdien, avec rotation de la tête, inflexions et torsions du rachis. (Guérison).

Observation de M. Vallin. (*Archives générales de Médecine, 1838*).

M^lle^ K***, de Port-Louis, d'une constitution lymphatique et nerveuse, née de parents sains, sujette aux fièvres intermittentes, fut atteinte, à l'âge de onze ans, d'une affection rhumatismale du côté gauche du cou, après une promenade du soir sur les bords de la mer. Les moyens usités en pareil cas furent mis en usage sans succès pendant deux années ; la tête est restée inclinée à gauche et la face tournée de ce côté. L'état de la jeune personne s'étant beaucoup aggravé, ses parents la conduisirent à l'établissement des dames Jacob, où je l'examinai attentivement. L'inclinaison de la tête sur l'épaule gauche est considérable, la face est fortement tournée à gauche, les traits ont perdu leur régularité ; tout le côté droit du visage est plus développé ; les yeux se portant habituellement à droite et en haut, ont pris une obliquité fort disgracieuse dans ce sens, la bouche est entraînée dans la même direction. Dans la station, un aplomb étant présenté au-devant du corps pour en indiquer la ligne médiane, l'extrémité du menton s'en éloigne en se portant à gauche de trois pouces six lignes, celle du nez de deux pouces six lignes ; de telle sorte que la région mastoïdienne gauche est fortement inclinée vers l'épaule correspondante, en même temps que la tête a éprouvé un mouvement très prononcé de rotation à gauche ; cependant son sommet semble ramené vers l'épaule droite. Cette attitude fort pénible est obligée par la contracture du stèrno-mastoïdien gauche et *probablement par quelques muscles de la couche cervicale profonde de ce côté, les muscles scalènes, et le long du cou par ses fibres supérieures.*

Lorsqu'on veut imprimer à la tête un mouvement de rotation de gauche à droite, en employant même une force assez considérable, on trouve une résistance qui paraît insurmontable, surtout dans le muscle sterno-mastoïdien gauche, qui se tend alors fortement en bas dans ses deux

portions, tandis que le droit paraît en totalité grêle et déprimé dans le mouvement opposé. La démarche est embarrassée ; le haut du tronc est sensiblement penché à gauche, ce qui fait paraître l'épaule et la hanche du côté droit plus élevées. La jeune personne étant déshabillée, les régions dorsale et lombaire nous offrirent une seule inflexion, dont la convexité était à droite et la concavité à gauche.

Le centre de cette grande courbure correspondait à peu près à la réunion de ces deux régions de l'épine, et s'éloignait de la verticale au moins d'un pouce. La région cervicale explorée avec attention, nous reconnûmes une seconde inflexion dont la convexité était tournée à gauche et en avant ; elle était formée par les six premières vertèbres cervicales, la septième contribuant à prolonger l'arc de la courbure dorso-lombaire. Cette inflexion du sommet de l'axe rachidien, qui avait quatre lignes de flèche, tendait à rapprocher la tête de la verticale, en cherchant à balancer la grande courbure de l'épine ; mais la résistance du muscle sterno-mastoïdien gauche rendait impuissant cet effort de la nature pour rétablir l'équilibre, en faisant fléchir la tête latéralement, en même temps que la face éprouvait une forte rotation à gauche, à laquelle participait la presque totalité des vertèbres cervicales.

Les épaules avaient perdu leur niveau ; la droite plus élevée que la gauche paraissait plus développée en arrière, l'omoplate étant soulevée par les côtes droites qu'une torsion de l'épine, de gauche à droite, déjetait en arrière en les courbant sur elles-mêmes, tandis que l'omoplate gauche se portait en avant par le redressement des côtes correspondantes dû à la même cause.

L'existence de la torsion de l'épine dans les régions dorsale et lombaire était encore démontrée par le soulèvement du faisceau des muscles dorso-lombaires droits. Les deux épaules mesurées de leur sommet à la base du du cou offraient d'ailleurs une différence de longueur très notable, la droite mesurait *cinq pouces et demi*, la même distance à gauche était de *trois pouces*.

La hanche droite était plus élevée que la gauche, en un mot, tout le côté droit paraissait plus proéminent par suite de l'inflexion du corps à gauche. Le flanc de ce dernier côté, et toute la portion correspondante et latérale de la poitrine étaient au contraire fortement excavés.

La jeune personne examinée par devant présente indépendamment de l'état de tension très prononcée du sterno-mastoïdien gauche et de la dépression du même muscle du côté droit, la clavicule droite oblique de haut en bas et de dehors en dedans, les côtes gauches plus saillantes que les droites; aussi le sein et l'épaule du côté gauche se portent-ils en avant. Les membres supérieurs et inférieurs étaient un peu plus développés à droite qu'à gauche. L'extension permanente, des pressions méthodiques, la gymnastique et des massages fréquents firent la base du traitement de cette difformité. »

La difformité qui fait l'objet de cette observation, dit M. Vallin n'est pas très commune. Delpech n'a consigné dans son ouvrage qu'un fait analogue, qui en diffère sous plusieurs rapports, puisqu'il n'existait qu'une seule courbure de l'épine à gauche avec inclinaison et rotation de la tête à droite. C'est l'observation précédente.

Chez ce malade au contraire, il y avait à la fois une double inflexion de l'épine dorso-lombaire droite et cervicale gauche. Dans le cas cité par le professeur de Montpellier, et qu'il attribue à la brièveté du sterno-mastoïdien droit, l'arc prolongé que représentait l'épine, et dont la concavité était à droite, existait sans torsion et disparaissait complètement par la position horizontale, il y avait de plus une atrophie de tout le côté gauche du corps et des membres correspondants.

Je dois faire remarquer ici que contrairement à ce qui a lieu d'habitude, la face était tournée du côté de la flexion de la tête c'est-à-dire à gauche. L'épaule était plus élevée du côté opposé au torticolis.

OBSERVATION III

Cette observation est extraite de la *Gazette médicale de Paris*, 1836, 20 août, et du journal l'*Expérience*, 1837.

M. Bouvier présente une pièce pathologique provenant d'un torticolis ancien.

Flore Delaporte, âgée de 22 ans, admise il y a huit jours à l'Hôtel-Dieu pour une fièvre typhoïde grave, portait depuis son enfance un torticolis du

côté droit caractérisé par une forte inclinaison de la tête sur l'épaule droite, et par la rotation de la face dans le sens opposé. Le sterno-mastoïdien droit était raccourci, tendu et paraissait moins épais que le gauche. Cette fille ayant succombé au bout de six jours, M. Bouvier observa dans la dissection du cou, les particularités suivantes. Le sterno-mastoïdien du côté droit, beaucoup plus mince et plus étroit que le gauche, était presque moitié plus court. Le faisceau claviculaire avait trois pouces de longueur à droite, et six pouces à gauche. Le faisceau sternal, long de quatre pouces trois lignes du côté droit, avait sept pouces du côté opposé. Du côté sain, les fibres charnues offrent l'aspect ordinaire ; à droite elles sont très pâles, et tellement réduites que les fibres aponévrotiques forment la plus grande partie du muscle. Néanmoins celui-ci se tendait fortement, lorsqu'on faisait effort pour redresser la tête du cadavre, et l'on n'aurait pu y parvenir qu'en déterminant sa rupture.

Le faisceau sternal était le plus tendu, et opposait une grande résistance dans tous les mouvements qui écartaient la tête de sa situation anormale.

Le faisceau claviculaire n'éprouvait de forte tension, que lorsqu'on relevait la tête en arrière et vers le côté opposé. Aussitôt que le premier a été détaché du sternum, le cou a été facilement ramené à une situation presque droite, et quand le faisceau claviculaire a été divisé à son tour, tout obstacle aux mouvements de la tête a disparu.

Les vertèbres cervicales étaient bien conformées, à l'exception de l'axis dont le corps était bien aminci à droite.

Voici comment Bouvier conclut : « Je conclus alors de l'examen de cette pièce, que le raccourcissement d'un des muscles sterno-cleido-mastoïdiens était, même chez l'adulte, la cause essentielle de la position vicieuse de la tête dans le torticolis, et que, contre l'opinion de Sharp et de Boyer, on pouvait encore y remédier au delà du terme de l'accroissement, soit par une extension continue, soit par la section totale ou partielle du muscle. » L'*Expérience*. Lettre de Rouvier à l'Académie (26 mars 1838).

OBSERVATION IV

Witzel : Contribution à l'étude de l'Anatomie pathologique du torticolis (*Deutsche Zeitschrifft für chirurgie,* 1882). Traduite de l'Allemand.

L'autopsie d'une femme de 44 ans, atteinte de torticolis congénital, et morte à l'asile des aliénés, de dysenterie, a fait le sujet de ces recherches anatomiques.

Pas de maladies mentales dans la famille. A eu quatre enfants dans huit ans. Femme insouciante dans son ménage, très bonne ouvrière autrefois. Son mari se pendit le 3 juin 1882 à la suite de mauvaises affaires. Depuis cette époque le caractère de cette femme changea, elle voulut se marier, et à cet effet priait ses voisins de lui procurer un mari. La nuit elle avait peur, elle allait et venait, et voulut plusieurs fois se précipiter par la fenêtre; un jour même elle plongea dans un puits pour se détruire.

Cette femme est gauchère; à l'asile elle ne parlait que fort peu; perdait ses urines et ses excréments, finalement elle fut incapable de tout travail; elle mourut bientôt à la suite de dysenterie, après avoir présenté les manifestations de l'imbécillité.

Examen du crâne et du cerveau. Toutes les fosses du crâne sont plus petites à droite. La convexité de l'hémisphère droit est un peu plus aplatie que celle de l'hémisphère gauche. Cet aplatissement correspond à une lésion semblable du côté des os du crâne. Les membranes du cerveau se laissent enlever facilement. Les circonvolutions sont peu nombreuses et symétriques des deux côtés. Le cerveau est très pâle. Consistance normale.

Le cadavre de cette femme servit à des exercices de médecine opératoire.

Côté droit : On fit l'incision ordinaire pour la ligature de la carotide primitive, on repoussa le bord interne du sterno-cléido-mastoïdien et on n'arriva pas sur la gaîne des vaisseaux, mais sur une couche musculaire située immédiatement sur la convexité droite de la colonne vertébrale; à la partie inférieure de l'incision, on trouvait le muscle omo-hyoïdien oblique en haut et en dedans, et un gros vaisseau, la veine jugulaire interne, à côté de laquelle on trouva la carotide primitive.

Fig. 1.

1. M. Sterno-Cleido-Mastoïdien.
2. " Omoplato-Hyoïdien.
3. " Sterno-Hyoïdien.
4. " Digastrique.
5. " Trapèze.

a - Carotide.

b - Jugulaire Interne.

côté de laquelle on trouva la cavalière primitive.

La recherche de la carotide primitive gauche, a été beaucoup plus difficile en ce sens que le champ de l'opération était relativement rétréci, et ce n'est qu'en cherchant très profondément vers la partie médiane en dedans du sterno-mastoïdien tendu, que l'on trouva un vaisseau ; il n'y avait sur les côtés ni vaisseau, ni nerf, la petitesse de ce vaisseau indiquait bien qu'il ne s'agissait pas de la carotide primitive. On repoussa alors le vaisseau vers la partie médiane, puis on repoussa fortement le larynx et la trachée vers la droite, et l'on remarqua alors que la carotide primitive était située en arrière de ces organes, recouverte en dehors par le pneumogastrique et la jugulaire interne, en dedans par la trachée et le larynx. Elle était située au fond d'une gouttière limitée par la trachée et le sterno-cléido-mastoïdien, à 1 centimètre, 1 centimètre 1/2 de la surface de la peau. Après avoir enlevé la peau, le peaucier, on trouva les organes du cou dans la position indiquée à la fig. 1.

La colonne cervicale forme un arc à convexité dirigée à droite, sur lequel on remarque le sterno-cleido-mastoïdien étendu à la façon d'une bande, large et plate.

Les organes du cou sont repoussés en arrière dans la concavité de la colonne cervicale. Une ligne passant par le milieu du menton et le milieu du sternum ne correspond pas à la ligne passant par le milieu de l'os hyoïde du larynx et de la trachée. De plus cette dernière se dirige en bas et à droite et son prolongement passe par l'articulation sterno-claviculaire droite. La ligne menée transversalement par l'os hyoïde et suffisamment prolongée, passe par l'extrémité externe de la clavicule gauche. Le maxillaire inférieur est lui aussi incliné à gauche.

Tandis que le sterno-cleido-mastoïdien droit repose sur la convexité droite formée par la colonne cervicale, et décrit légèrement la courbe d'un S, en se rapprochant de son insertion sternale, le gauche, au contraire, est très éloigné de la colonne vertébrale, et se présente sous la forme d'un cordon arrondi, fibreux, divisé à la façon d'une fourchette, presque perpendiculaire dans sa moitié externe. Disons encore qu'à l'inverse du muscle omo-hyoïdien droit qui se dirige obliquement en haut et en dedans, le muscle gauche est presque horizontal à sa partie inférieure, et presque vertical à sa partie supérieure. On comprendra aussi par ces lésions que la

région cervicale antérieure formant un triangle, est ici très notablement déformée. Cette déformation porte non-seulement sur la peau, mais aussi sur les organes du cou, comme nous l'avons déjà vu quand nous avons parlé de la ligature de la carotide qui était déplacée.

La moitié droite du triangle antérieur du cou est plus élevée et plus aplatie que la moitié gauche et en même temps arrondie par la convexité droite de la colonne vertébrale. A la partie supérieure entre le bord interne concave du sterno-cleido-mastoïdien et la veine jugulaire se trouve un sillon occupé par deux formations osseuses ; ce sont les apophyses transverses des quatrième et cinquième vertèbres cervicales. Les gros vaisseaux sont placés l'un à côté de l'autre à droite, l'un sur l'autre à gauche ; de ce côté, on peut constater que la veine jugulaire est située plutôt en avant que sur le côté de l'artère. Le larynx ne présente rien de particulier, si ce n'est que la moitié gauche du bord supérieur du cartilage thyroïde touche la carotide externe. La position du pharynx et de l'œsophage, par rapport à celle du larynx et de la trachée, ne présente rien à considérer, elle n'est pas modifiée. Le sterno-cleido-mastoïdien droit mesure 16 centimètres sur son bord externe, 18 centimètres sur son bord interne ; au-dessus de ses attaches inférieures, il mesure 2 cent. 5 de largeur ; la portion sternale est relativement plus étroite que la portion claviculaire ; le muscle ne présente pas de lésions macroscopiques.

Le sterno-cleido-mastoïdien gauche est transformé en un cordon fibreux, arrondi sur toute son étendue ; il mesure 8^{cm} 5 sur son bord externe, 10^{cm} 5 sur son bord interne, 1^{cm} 1/2 de large au-dessus de son insertion inférieure. Les portions sternale et claviculaire sont également développées; à 1 centimètre au-dessous et au-dessus de la bifurcation du muscle, on aperçoit des traînées rouges constituées, à l'examen microscopique, par des fibres musculaires modifiées par l'état cadavéreux.

On examine les vaisseaux avec le plus profond soin. A l'inspection il semblait que la carotide primitive gauche était plus étroite et à parois plus minces que la carotide droite. La carotide droite depuis la clavicule jusqu'à sa bifurcation présentait 9^{cm} 5, la gauche 6^{cm} 5. Après les avoir enlevées, on ne constate aucune différence dans leur calibre et l'épaisseur de leurs parois; il en est de même des artères vertébrales.

Il restait à examiner le squelette de cette région ; à la convexité de la colonne cervicale à droite, se joint à la partie inférieure une convexité tournée à gauche, compensée à son tour par une convexité tournée à droite. La cyphose physiologique du segment inférieur du cou et de la partie supérieure du thorax est exagérée. Le bassin est incliné vers le côté droit et en même temps a subi un mouvement de rotation du même côté, de sorte que l'épine iliaque et supérieure droite se trouve à 3 centimètres plus bas que la gauche et est en même temps située sur un plan plus profond. L'inclinaison du bassin en avant est plus accentuée qu'à l'état normal, en raison de la lordose exagérée de la colonne vertébrale lombaire. La cage thoracique est inclinée en haut et à gauche si bien que l'articulation sterno-claviculaire gauche est située perpendiculaire à l'apophyse mastoïde gauche. Le sternum se dirige de droite à gauche ; sa partie médiane décrit une légère convexité vers la gauche. Les côtes gauches montrent de haut en bas une inclinaison de leur moitié postérieure, bien plus accentuée que celle du côté droit. L'articulation sterno-claviculaire gauche est située un peu plus haut que celle du côté droit.

Colonne vertébrale. (Région cervicale) : Cette colonne vertébrale est fortement inclinée en avant ; la lordose normale n'est ni exagérée, ni diminuée. Elle forme une convexité dirigée du côté droit, liée à la rotation des vertèbres vers la droite.

Les ligaments qui unissent les vertèbres entre elles, et ceux qui unissent l'occipital ou l'atlas ne présentent aucune modification importante ; disons cependant que la longueur et la situation des ligaments étaient modifiées par la position nouvelle de la colonne vertébrale. Les cartilages interstriculaires étaient macroscopiquement unis et brillants, intacts dans leur situation et leur épaisseur. Le corps des vertèbres est plus haut dans sa moitié droite que dans sa moitié gauche. La rangée des apophyses du côté gauche forme un cordon presque droit, tandis que celle du côté droit forme une convexité.

L'asymétrie produite par la scoliose est très apparente quand on examine l'ensemble des vertèbres, elle augmente progressivement de bas en haut, et déjà à la quatrième vertèbre cervicale, elle devient manifeste. Le corps de cette vertèbre est plus bas à gauche qu'à droite, de plus l'apophyse

transverse et l'arc gauche sont moins hauts à gauche. Il en est de même de la troisième vertèbre ; ici les lésions sont plus accentuées, les apophyses articulaires supérieures présentent de grandes différences, l'apophyse gauche semble aplatie ; l'axis présente à sa face inférieure des lésions correspondantes à celles de la face supérieure de la troisième vertèbre cervicale, les arcs vertébraux sont de même longueur, l'arc gauche est plus convexe que celui du côté droit, les masses latérales droites plus volumineuses que celle du côté gauche. Sur l'atlas on remarque des différences dans le volume des masses latérales : tandis que celle du côté gauche a 16 milim. de haut au niveau du trou de l'artère vertébrale, celle du côté droit a 21 millim. au même niveau. Le trou de l'artère vertébrale gauche est notablement plus grand que celui du côté droit. L'arc de cette vertèbre ne présente rien de particulier à signaler.

Crâne : Déjà, à la simple inspection on remarque une grande asymétrie de la position et de la grandeur des deux moitiés du crâne. La déformation, très peu accentuée à la partie postérieure du crâne, est au contraire très accusée sur les os de la face.

Sur le crâne normal l'axe transversal des condyles sur lesquels s'exécutent les mouvements de flexion et d'extension de la tête, passe par l'orifice interne des trous condyliens antérieurs. Le plan passant par cet axe sépare le crâne antérieur du crâne postérieur. Le sommet de l'apophyse mastoïde est normalement situé en arrière de cet axe ; sur le pariétal cet axe divise la suture sagitalle en une moitié antérieure et une moitié postérieure. Le plan mené entre les deux condyles de l'occipital distingue le côté gauche du côté droit.

Supposons ces plans menés, on verra alors que l'apophyse mastoïde gauche occupe sa position normale, mais que par contre l'apophyse mastoïde droite se trouve environ à 1 centimètre 1/2 en avant du plan passant par l'axe des condyles. Il en est de même de la bosse pariétale indiquée à droite par une légère voussure du pariétal. Le plan passant entre les condyles partage le trou occipital en deux parties presque symétriques, cependant ce plan passe un peu à droite du sommet de l'occipital. La partie médiane de l'os frontal et l'épine nasale antérieure sont situées à gauche, à 1 centimètre 1/2 du plan ; l'extrémité postérieure de la suture médiane du palais

Fossiles tirés de Wiesenthal (mont Salève) du Terrain moyen Zeitschr. (Classe 2 p. 22)

2 p. 2.

Dent molaire de Cheval vue en dessus montrant une courbe à concavité gauche. Inégalité des 2 moitiés de la base.

osseux est elle-même située à 1 centimètre à gauche, l'extrémité antérieure du rocher droit, à 1 centimètre et celle du rocher gauche à 3 centimètres de ce même plan. Le plan mené entre les orbitres rencontre le plan passant par l'axe des condyles, à gauche. *Pour nous résumer nous dirons que le crâne considéré par sa face inférieure décrit une courbe dirigée à gauche et que le squelette du visage est dirigé à gauche et en arrière* (fig. 2).

Le plan horizontal mené par le trou occipital montre que la base du crâne est plus proéminente à droite qu'à gauche. La surface du palais osseux descend plus bas à droite qu'à gauche. La moitié droite du crâne descend plus bas que celle du côté gauche, enfin le squelette du visage est dirigé plus bas à droite.

Quand on examine la base du crâne par sa partie interne on observe les mêmes déformations. La ligne médiane forme aussi un arc convexe à droite. Supposons encore un plan passant par le milieu du trou occipital, nous remarquons alors que l'apophyse crista-galli passe à 1 centimètre à gauche de ce plan. Les 3 fosses droites de la base du crâne correspondant à l'arc décrit par la ligne médiane, leur longueur est augmentée. La divergence plus considérable à droite de la petite aile du sphenoïde et du bord supérieur du rocher n'est pas appréciable. La simple inspection montre que les 3 fosses de la base du crâne sont rétrécies. Le rétrécissement semble particulièrement atteindre l'os temporal. Le bord supérieur du rocher droit a 3 millimètres de moins que celui du côté gauche.

Nous avons encore à considérer la *voûte crânienne*. L'angle antérieur du pariétal est plus obtus du côté droit que du côte gauche, l'inverse a lieu pour l'angle postérieur, de sorte que la suture coronaire et lambdoïdale est située plus en avant à droite qu'à gauche.

La ligne étendue de la bosse pariétale droite à la partie postérieure gauche du crâne est plus grande que celle étendue de la bosse gauche au côté droit du crâne. La partie droite de l'occipital est plus aplatie que les parties correspondantes situées à gauche. Le crâne à l'inspection paraît plus étroit et plus long dans sa moitié droite que dans sa moitié gauche.

Squelette de la face. (Fig. 3). — La suture des os du nez se dirige de haut en bas et de droite à gauche. Le squelette des os du nez est visiblement plus bombé à gauche qu'à droite. La cloison nasale est inclinée à

gauche, et forme une convexité de ce côté, si bien que la cavité gauche du nez se trouve amoindrie.

Si nous considérons les orbitres comme des pyramides à quatre faces à base antérieure et à sommet dirigé en arrière, nous voyons que les côtés verticaux de la base sont plus longs à droite qu'à gauche, et que les côtés horizontaux sont plus courts du côté droit. Les cavités orbitaires ont la même grandeur, car l'orbitre droite est plus haute, l'orbitre gauche plus large. Ces déformations expliquent pourquoi les trous optiques ne semblent pas occuper des positions différentes. Les deux surfaces internes de l'orbitre sont presque parallèles. Si on dispose le crâne de façon que les orbitres regardent en avant comme dans la fig. 3, on aperçoit toute l'étendue de la cavité droite, c'est-à-dire le trou optique, la fente orbitaire supérieure et la fente orbitaire inférieure, à gauche on n'aperçoit pas la paroi interne ni le trou optique ; mais on aperçoit la moitié externe de la fente orbitaire supérieure. Considérant le maxillaire inférieur articulé avec le temporal, on remarque que la symphyse du menton est reculée de 1 centimètre 1/2 vers la gauche. Les alvéoles du côté droit sont situées un peu plus bas que celles du côté gauche. La moitié gauche du maxillaire est plus convexe que du côté droit. L'angle du maxillaire du côté droit vu de côté a environ 120° celui du côté gauche 90°. La moitié droite du maxillaire est, en raison de la grandeur de l'angle, plus longue et plus faible que celle du côté gauche qui est plus courte en raison de l'atrophie du bord alvéolaire. Lorsqu'on examine le maxillaire on voit qu'il est atrophié du côté gauche, car l'angle du côté droit est devenu plus considérable, et que le condyle droit se trouve situé plus en arrière. La mesure pratiquée au moyen d'un fil, partant du condyle, longeant le bord postérieur et le bord inférieur, donne un centimètre de plus qu'à gauche ; le côté droit est donc plus long, mais, en revanche, le côté gauche est plus épais.

Largeur du condyle droit : 18 millimètres.

d° d° gauche : 22 d°

Pour bien comprendre les déformations que nous venons de décrire, il faut supposer une force qui aurait (les deux articulations temporo-maxillaires étant intactes) poussé la symphyse du menton à gauche, en bas et un peu en arrière.

Bassin. — Sur le bassin nous trouvons des lésions que Léopold a déduites

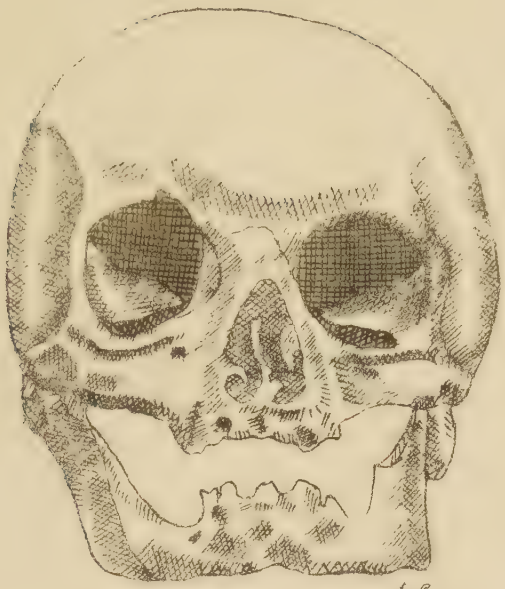


Fig. 3.

Figure montrant :

[illegible]

du bassin rachitique ; disons cependant qu'il ne présente pas de lésions rachitiques. La concavité du sacrum est normale, le promontoire ne proémine pas d'une façon anormale, le détroit inférieur du bassin n'est pas élargi.

Le bassin était incliné à droite, à cause de la scoliose à droite de la colonne lombaire, et avait éprouvé un léger mouvement de rotation en arrière, enfin il était incliné en avant à cause de la lordose de la colonne lombaire. Au-dessous de la colonne lombaire convexe à droite, le sacrum se dirigeait de droite à gauche, et le coccyx de gauche à droite ; en d'autres termes, si nous considérions le sacrum libre de toute liaison avec la colonne lombaire, nous remarquions que le sacrum et le coccyx présentaient une scoliose à convexité tournée à gauche.

L'os iliaque gauche a sa configuration normale, ainsi que sa position ; peut-être le corps de l'os iliaque à l'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieur est-il plus concave qu'à l'état normal. L'os iliaque droit est plus vertical, la partie antérieure de cet os est recourbée en dedans et en arrière, de sorte que la crête iliaque présente un angle à l'union du tiers antérieur. En raison de cette incurvation, l'épine iliaque antérieure et supérieure est rapprochée de 2 centimètres de plus du promontoire que celle du côté gauche. Une disposition inverse se rencontre à la partie inférieure de l'os iliaque droit, de sorte que la tubérosité de l'ischion est attirée en dehors, à droite et en avant.

La ligne qui limite l'entrée du petit bassin présente des inflexions assez considérables, l'une au voisinage de l'articulation sacro-iliaque droite, l'autre à gauche de la symphise. Le diamètre oblique gauche du petit bassin est de $12^{cm}5$ à gauche, de $13^{cm}5$ à droite, de sorte qu'à gauche le diamètre a 1 centimètre de moins.

Voici comment Witzel explique ces déformations :

En raison de la scoliose de la colonne lombaire, à droite, il y aurait une diminution de la distance sacro-cotyloïdienne droite et une incurvation anormale de l'os iliaque entre la cavité cotyloïde et l'articulation sacro-iliaque droite. La courbure exagérée de la partie antérieure du corps de l'os iliaque droit serait due à ce que le bassin étant incliné à droite, aug-

mente l'intervalle compris entre l'os iliaque droit et les côtes inférieures, si bien que les parties molles qui y sont comprises sont tendues. Cette tension des muscles détermine un aplatissement de la moitié inférieure du thorax, et une incurvation de l'os iliaque. On peut de même expliquer mécaniquement la courbure qui se produit à la moitié inférieure de l'os iliaque droit.

Pour le rétablissement de l'équilibre, lorsque le bassin est incliné à droite, la cuisse droite se porte en abduction, les muscles rotateurs et abducteurs se trouvent tendus et, comme conséquence, il y a une traction musculaire exercée sur l'os iliaque qui se déforme.

Witzel ajoute : « J'ai cru devoir rapporter toutes ces déformations, car je crois que les autopsies de personnes atteintes de torticolis congénital sont rares, et que lorsqu'elles ont lieu, on n'étudie pas à fond les lésions qu'il présente ».

OBSERVATION V

Le Dr Schifferdecker a communiqué à Witzel plusieurs mesures qu'il a prises à Rostock.

Nous donnons ici le schema du crâne d'un enfant âgé de 10 ans atteint de torticolis congénital et qui a été opéré en août 1880, fig. 4.

Explication de la figure :

M K ligne étendue du cuir chevelu au milieu du menton. SS^1 largeur du front, WW^1 distance des angles externes de l'œil, GG^1 largeur de la face, OO^1 distance des deux conduits auditifs externes.

Les mesures différentielles prises des deux côtés avec le compas ont donné le résultat suivant :

TABLES

(1) K W	10cm 5	(2) M^2 W	4cm 3
K W^1	9, 2	M^2 W^1	4, 8
K G	10, 1	M^3 G	5, 8
K G^1	8, 7	M^3 G^1	6, 8
K S	12, 0	M^1 S	5, 1
K S^1	10, 9	M^1 S^1	5, 7
K O	9, 3	M^4 O	6, 6
K O^1	8, 2	M^4 O^1	7, 5

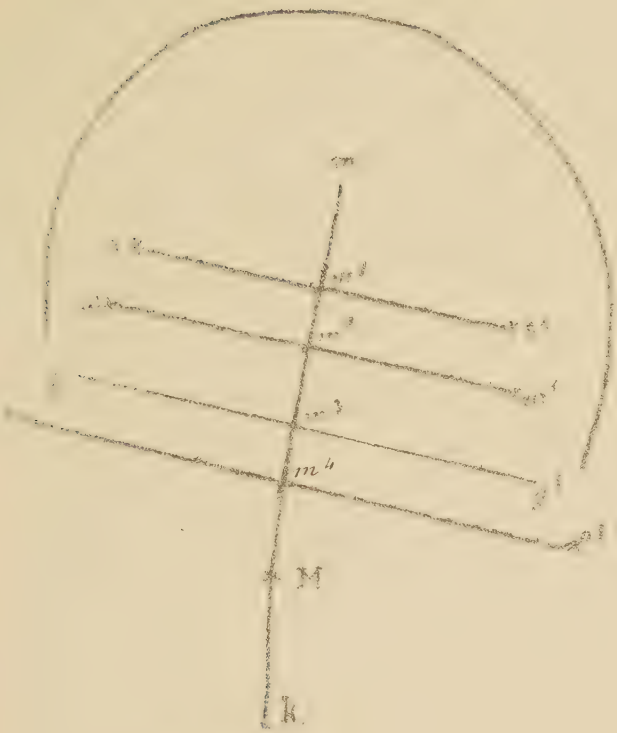


Fig. 4.

m k. ligne allant du front au menton.
s.s'. largeur du front.
w w'. distance des angles externes de l'œil.
g.g'. largeur de la face.
o.o'. distance des conduits auditifs externes.

Dans la première colonne on voit que la moitié droite de la face de cette enfant, chez qui la croissance du crâne n'était pas entièrement accomplie, est visiblement plus haute que la moitié gauche. Dans la seconde colonne, au contraire on remarque la différence de largeur des deux moitiés de la face, c'est ainsi que l'on voit que la moitié gauche a 1 cent. de plus de largeur. Ces mesures montrent encore que le crâne est plus large à gauche. »

D'après Witzel les lésions observées sur le crâne dans le torticolis ancien ne sont pas seulement localisées d'un seul côté. Car, ne voudrait-on considérer que la diminution de hauteur de la face du côté malade, l'atrophie de cette moitié de la face, il faudra encore considérer l'atrophie de l'autre moitié du crâne, à la simple inspection on ne peut apercevoir la diminution de largeur. Ces déformations sont dues au développement irrégulier des deux côtés, ce que nous pouvons désigner sous le nom de *scoliose du visage et du crâne*. Dans le cas qui vient de nous occuper la *scoliose est à droite, parceque la convexité de la ligne médiane du visage et du crâne est tournée du côté droit.*

Witzel dit qu'il a abandonné l'idée d'atrophie uni-latérale du maxillaire inférieur et qu'il a reconnu que les lésions décrites étaient le résultat d'une force exerçant son action sur le côté droit. La force qui fait que le maxillaire inférieur présente les déformations déjà décrites doit s'exercer en bas et à gauche, et ne peut être produite que par la forte tension des parties molles situées entre la mâchoire et le sternum. Supposons que les parties molles du visage soient tendues, il y aura un rapprochement des os de la face les uns des autres. Si l'on considère maintenant les déformations du crâne, et que l'on applique la théorie de Witzel on verra qu'elles sont les résultats de la tension des parties molles et surtout des muscles de la région droite du cou.

On ne peut douter que l'action musculaire puisse produire des déformations des os, et nous savons tous ce que devient le maxillaire inférieur chez ceux qui ont perdu les dents. L'angle du maxillaire, qui avant la chute des dents était presque droit, devient par l'action des muscles masticateurs, de plus en plus obtus. Ce n'est pas seulement dans la vieillesse que s'observe ce phénomène, mais chez les adultes et encore dans la chute uni-latérale des dents.

L'action de la traction musculaire a été admise par Kehrer pour expliquer les déformations du bassin (Beitrage zur verglischenden und experimentellen Geburftskunde, III, Heft 1869.

OBSERVATION VI

(Due à Witzel et traduite de l'allemand).

Bernard Kleinnwellhoff, âgé de 10 ans, de Borkeck, Torticolis congénital. Le père dit que l'enfant est venu au monde dans une position peu favorable et qu'il a été extrait par les pieds. Il dit n'avoir rien remarqué du côté du cou, dans les premiers temps ; ce n'est que dans le courant de la deuxième année que le torticolis se manifesta et s'aggrava de plus en plus.

La tête de l'enfant est fortement inclinée du côté droit, la figure tournée à gauche. L'omoplate droite est plus haute que l'omoplate gauche. Le muscle sterno-cleido-mastoïdien droit soulève la peau du côté droit du cou, de plus il a une direction verticale; on le sent à travers la peau sous forme de cordon dur. Le sterno-cleido-mastoïdien gauche est tendu sur la convexité gauche formée par la scoliose de la colonne cervicale, il en est de même des autres muscles du côté gauche du cou. Le pouls de la carotide gauche est superficiel, tandis que du côté droit il est perceptible à une certaine profondeur, à côté du muscle raccourci.

La tête est si inclinée du côté droit que la ligne passant par les deux conduits auditifs externes et suffisamment prolongée passe par l'acromion du côté droit. La tête a de plus subi une rotation d'environ 45° vers la

gauche. La tête peut tourner sur elle-même de façon à regarder à gauche au-dessus de l'omoplate. La rotation à droite est limitée. La flexion en avant est libre, en arrière elle n'est possible que quand la tête est tournée à gauche.

L'examen de la colonne vertébrale montre toutes les lésions de la scoliose. Le mamelon droit est plus haut que le gauche. Le sternum est dirigé du côté droit. La ligne médiane décrit une courbe du côté droit. En arrière on remarque la scoliose gauche de la colonne cervicale compensée par la scoliose droite des vertèbres de la région dorsale. L'omoplate droite est plus haute et située par son bord spinal à une certaine distance de la cage thoracique. Bassin normal.

Le visage est asymétrique, la ligne passant par les angles de l'œil et celle passant par les angles de la bouche convergent du côté droit. La commissure buccale droite est à 5^{cm} 8 de l'angle externe droit de l'œil, tandis que du côté gauche cette distance est de 6^{cm} 5. Cela prouve que la moitié droite de la face est plus petite que celle du côté gauche, mais par contre le côté droit du visage semble plus large que celui du côté gauche. Les saillies et les dépressions du squelette de la face sont plus prononcées du côté droit de la face. C'est ainsi que la fosse canine du côté droit est plus profonde que la gauche. Le palais osseux est légèrement plus profond du côté droit que du côté gauche. La luette descend plus bas à droite. La symphyse du menton est à 7^{cm} 4 de l'angle droit du maxillaire inférieur et à 8 centimètres de l'angle gauche. La mensuration de l'iris ne présente rien de particulier. L'asymétrie de la face devient plus manifeste si l'on suppose une ligne partageant la face en deux parties : on remarque alors que cette ligne décrit une courbe à convexité dirigée du côté gauche et qu'elle partage la face en deux parties inégales. La partie correspondant à la convexité est longue et étroite, la partie située à droite, plus courte et plus large.

Le crâne est aussi asymétrique. La bosse frontale gauche et la partie occipitale droite sont plus bombées qu'à l'état normal. Nous ne pouvons constater les déformations de la base du crâne chez cet enfant.

Après avoir étudié les déformations du crâne et de la face, il fallait savoir les changements de fonctions survenus dans certaines parties du crâne et de la face; on a alors mesuré la distance de l'apophyse mastoïde à l'orbitre,

et on a trouvé 8 cm.3 à droite, et 9 cm.4 à gauche. De plus la distance du milieu du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur à l'apophyse mastoïde droite mesure 11 cm. et 12 cm. à gauche; ce qui prouve que la face est refoulée à droite du côté du crâne.

OBSERVATION VII

Cette observation est due à R. L. Swan, extraite du *The Dublin journal of médical science* (August 1, 1879).

M. H..., 23 ans. Mère morte en lui donnant le jour, père quelques temps après. Sa difformité fut remarquée dès sa plus tendre enfance, et augmenta graduellement. La jeune fille a l'air d'être très intelligente et, sans sa difformité, aurait été pleine d'appas. Vue de derrière, le côté gauche du cou a à peu près disparu. L'omoplate gauche est soulevée et a subi un mouvement de rotation dû à la contraction des fibres antérieures du côté correspondant du trapèze. La tête tombe à gauche, et a subi une rotation telle que la protubérance occipitale touche l'acromion. Il y a une incurvation compensatrice de la colonne dorsale, avec déplacement habituel des côtes. L'oreille gauche approche du sternum, le côté gauche de la face n'est pas aussi développé que le droit, et tandis que la distance de l'œil droit à la commissure des lèvres mesure deux pouces et demi; la même distance à gauche ne mesure que deux pouces. L'aspect général de la figure dénote de la douleur et de la tristesse mélangées à je ne sais quoi de grotesque. La clavicule gauche est raccourcie et convexe supérieurement, ceci sans nul doute à cause de la contraction anormale du sterno-mastoïdien, qui est très rigide; en même temps ses insertions inférieures contigues aux téguments qui glissent sur eux sont tendues et donnent une sensation quelque peu analogue à celle produite par le tendon d'Achille dans le pied-bot équin. La malade douée de qualités intellectuelles nombreuses, évite la société à cause de la peine constante que lui fait éprouver sa difformité.

Dans les observations que je publie à la fin de ma thèse, j'insiste beaucoup sur les lésions secondaires du torticolis ; ces

lésions se rencontrent en effet presque toujours, plus ou moins avancées et suivant l'âge de la maladie.

A mon avis, elles doivent être attribuées, comme l'ont pensé Broca, J. Guérin, à un défaut de nutrition dû à la compression et à la traction des parties intégrantes du côté de la difformité.

La traction des différentes parties du squelette, produite par les muscles, et pouvant rapprocher ces parties, les déformer, peut aussi, comme l'a pensé Witzel, produire ces lésions.

Quant à la théorie de Stromeyer qui attribue ces lésions à une gêne respiratoire, je pense qu'elle doit être abandonnée.

SYMPTOMES

Nous venons de voir en étudiant l'étiologie et l'anatomie pathologique du torticolis involontaire, pathologique, qu'il existait deux grandes variétés de cette affection. Le *torticolis aigu* et le *torticolis chronique ;* nous avons vu que ce dernier comprenait la forme permanente, qui pouvait être acquise ou congénitale ; nous avons vu aussi que les muscles du cou pouvaient tous être atteints, et que les muscles lésés pouvaient être contracturés, ou paralysés, ou rétractés ; enfin, nous avons vu encore que tous ces muscles pouvaient être lésés en même temps, séparément ou plusieurs à la fois. Il résulte que ces états multiples entraînent des symptômes différents. Ceci dit, abordons maintenant l'étude des symptômes.

Le torticolis aigu n'est pas autre chose en général, qu'une variété de rhumatisme musculaire, caractérisé par un début brusque, par de la douleur, surtout quand le malade exécute des mouvements, par l'attitude spéciale que prennent le cou et la tête et que nous décrirons plus loin, et qui ici, est le résultat ordinaire de la contracture des muscles de la nuque, quelquefois de ceux des régions antéro-latérales du cou ; l'épaule correspondant au côté malade, la tête et le cou sont immobilisés par le patient qui meut le tronc tout d'une pièce ; le sterno-mastoïdien serait, pour certains auteurs, le plus souvent atteint par le rhumatisme ; Duchenne (de Boulogne), a observé un cas où le trapèze était atteint. D'après Beau, dans son mémoire ancien, ce serait le trapèze qui serait le siège habituel du torticolis rhumatismal ; suivant qu'un seul de ces muscles, ou les

deux sont atteints en même temps, les inflexions du cou et de la tête diffèrent. Dans le cas où les deux muscles sont affectés, la tête est portée en arrière ; dans le cas où un seul muscle est atteint, il y a inclinaison latérale, et cette inclinaison est entretenue par le muscle sterno-cleido-mastoïdien ; mais ce muscle, de même que les muscles profonds dans le cas précédent, n'est qu'un agent d'immobilisation ; c'est pour cela qu'il n'est pas douloureux. Ce fait est à noter et montre que quelquefois le sterno-mastoïdien est l'agent de l'inflexion sans être atteint.

Ce torticolis est en général passager, et disparaît en quelques jours, après quelques embrocations chaudes ; il peut durer plus longtemps et être le point de départ du torticolis chronique permanent. Dans certaines conditions, ainsi que Siredey l'a constaté dans un cas rapporté par Couillard-Labonnate, dans sa thèse, ce n'est qu'après plusieurs accès de rhumatisme que le torticolis devient définitif.

On peut ainsi rapprocher de ce torticolis celui qui se produit sous l'influence d'une angine, d'une adénite aiguë, d'un abcès, d'un phlegmon, d'une inflammation quelconque du cou, etc., et qui guérit dès que la cause qui l'a produit a cessé d'agir, mais qui peut aussi passer à l'état continu, pour peu qu'il y ait une prédisposition individuelle, ou des complications telles qu'une myosite, une fusée purulente dans la gaîne d'un muscle voisin, etc. ; toutes ces complications peuvent en effet entraîner des rétractions.

Étudions maintenant les symptômes du torticolis chronique permanent qui peut être congénital ou acquis. Cette dernière forme se développe tantôt à la suite d'une forme aiguë, tantôt spontanément, insidieusement, sous l'influence des causes que nous avons énumérées au chapitre de l'étiologie.

Que ce torticolis soit congénital ou acquis, l'attitude vicieuse de la tête et du cou est la même, elle varie seulement suivant

le muscle atteint; j'étudierai donc successivement le torticolis produit par le sterno-mastoïdien, le trapèze, le splenius, l'angulaire de l'omoplate, le complexus, les scalènes, le peaucier; ici, j'ai énuméré ces muscles dans l'ordre où ils se prennent le plus fréquemment. Ils peuvent être atteints isolément ou plusieurs à la fois.

Torticolis produit par le sterno-mastoïdien. — Le sterno-mastoïdien est le muscle le plus souvent atteint, aussi certains auteurs avaient voulu en faire l'agent unique du torticolis.

La tête est inclinée vers l'une ou l'autre épaule, le plus souvent à droite, disent tous les auteurs, on ne sait pourquoi (je dois ici faire remarquer que dans la plupart des cas que je mentionne, la tête était fléchie à gauche; je n'ai pas choisi mes observations, je les ai prises un peu partout; je fais ici une simple remarque, je ne conclus pas), et la face est tournée du côté opposé au muscle lésé; ce double mouvement, l'inflexion de la tête et sa rotation du côté opposé, est quelquefois si prononcé que la tête est comme adhérente à l'épaule, et qu'il est impossible, sans faire éprouver des douleurs au malade, de placer le doigt entre cette épaule et l'oreille. Ce fait est assez rare, il est vrai, mais il existe; on peut encore constater un peu de flexion du cou en avant, flexion qui, d'après J. Guérin, existerait dans tous les cas où le torticolis est ancien. Il résulte aussi de tout cela que l'une des apophyses mastoïdes, celle qui est du côté de la flexion de la tête, est plus ou moins rapprochée de l'articulation sterno-claviculaire du même côté. La rotation est plus ou moins prononcée, quelquefois si prononcée, que le menton dépasse beaucoup la ligne médiane, et se porte en même temps en avant, grâce au mouvement de bascule subi par la tête.

Du côté malade la peau forme des plis, du côté opposé, elle est tendue, lisse, quand cette tension est très prononcée; ce côté paraît aussi plus long et plus développé.

En même temps le sterno-cléido-mastoïdien du côté de l'inclinaison est saillant, dur, rétracté et semble comme porté en avant; ses faisceaux, sternal et claviculaire sont tendus et forment sous la peau deux véritables cordes, constituant une sorte de Λ renversé, la seconde plus large que la première, en nappe (de Saint-Germain, chirurgie orthopédique); entre ces deux tendons on trouve un creux plus ou moins profond. Quelquefois, comme l'a fait remarquer J. Guérin, les deux faisceaux sont inégalement contractés, le relief du faisceau le plus rétracté apparaît seul sous la peau et peut faire croire que l'autre ne participe pas à la rétraction. Cette rétraction ne devient évidente qu'après la section du faisceau le plus tendu; il est important de savoir ce fait, car on ne peut par le seul fait de l'absence du relief d'un faisceau, affirmer qu'il n'est pas rétracté. De plus, comme V. Duval l'a observé chez un individu (mémoire sur le torticolis ancien, *in revue des spécialités,* 1843, p. 5), il peut arriver que le sterno-cléido-mastoïdien malade n'accuse aucun relief même si les deux faisceaux sont rétractés. La tension et la densité augmentent quand on veut ramener la tête vers la ligne médiane, ou que l'on exagère la rotation.

Maintenant il faut bien le dire la contracture du second faisceau, le claviculaire, est bien moins fréquente que la contracture du premier, le sternal.

Le sterno-cléido-mastoïdien du côté opposé est effacé, porté en arrière, étalé et appliqué sur les parties profondes; mais à cause du relief de la convexité sur lequelle il s'étale, il semble plus large, plus développé et augmenté de volume, il offre la consistance normale. Les autres muscles du cou n'offrent en général aucune particularité : « Si quelquefois ils sont durs, tendus, aucun n'offre le relief et cette dureté particulière du sterno-mastoïdien rétracté. Ces muscles ont d'ailleurs conservé

leur contractilité, le plus souvent abolie dans le sterno-cléido-mastoïdien malade; on l'a cependant vue conservée à un certain degré dans plusieurs cas. » F. Guyon, *Dict. encycl. des sciences médicales,* article Torticolis.

Tels sont les signes importants du torticolis; mais il en existe d'autres ayant une certaine valeur qui tiennent à des lésions de voisinage : ainsi l'épaule où se fait la flexion de la tête est ordinairement plus élevée que celle du côté opposé, ce qui tient à l'action exagérée du sterno-cléido-mastoïdien, qui, en se raccourcissant, agit sur les deux extrémités osseuses où il s'insère; tel est le cas de J. Guérin, où le torticolis était si accentué qu'il avait amené un véritable déplacement osseux caractérisé par l'ascension de la clavicule et du scapulum. Quand le torticolis est ancien et bien accentué, les apophyses épineuses cervicales forment une courbure à convexité latérale du côté opposé à l'inclinaison de la tête; en même temps, comme l'a constaté J. Guérin, les dernières cervicales et les premières dorsales forment une courbe inverse à celle qui termine en haut la colonne, et dont la convexité regarde en arrière du côté malade, et les dernières vertèbres dorsales et les premières lombaires offrent une convexité qui regarde en avant et du côté sain. Ces dernières déviations ne sont que des courbures de compensation destinées, comme dans les scolioses, à ramener le centre de gravité dans le plan médian du corps; la première dépend, au contraire, directement de la contracture du sterno-cléido-mastoïdien, et elle s'accompagne d'un mouvement de torsion qui se produit surtout dans l'articulation atloïdo-axoïdienne. On observe encore la saillie de la septième vertèbre cervicale, saillie à concavité droite qui est sans influence sur le rachis; elle n'amène, en effet, jamais de scoliose excepté pour un torticolis de 7 ou 8 ans, et cette inclinaison disparaît par la section du tendon musculaire. Ces cour-

bures secondaires thoracique et lombaire sont à longue flexion et peu accentuées. Elles sont d'autant plus prononcées que le torticolis est plus ancien. On peut encore, dans les cas précédents, observer des déformations du thorax qui bombe en avant du côté sain, en arrière du côté malade.

Mais là ne se bornent pas les signes que l'on observe dans le torticolis; on peut encore constater une certaine asymétrie notable de la face, qui tient à un degré d'atrophie correspondant au côté difforme; les yeux, les commissures labiales ne sont plus sur un même plan. La joue est moins saillante, la pommette et la bosse frontale sont aplaties, l'arcade sourcilière est moins saillante, la branche montante du maxillaire inférieur peut être plus courte du côté malade; les traits sont inclinés et la face est plus grêle du côté malade, le côté sain pouvant au contraire se développer considérablement. Cette asymétrie peut persister, même quand la tête a été redressée. Le crâne lui-même participe à cette déviation, et prend « une forme oblique ovalaire, analogue à celle du bassin de même nom » (Dubreuil); de là un développement inégal des hémisphères cérébraux, et une infériorité relative dans la puissance des muscles du côté opposé à l'hémisphère atrophié. De ce développement inégal des hémisphères, Broca concluait à une infériorité d'intelligence chez ces sujets, M. de Saint-Germain a combattu à juste raison cette opinion qui n'est point justifiée par la clinique.

L'asymétrie et l'inclinaison de la face déterminent quelquefois des troubles de la vision et du strabisme : la tête n'étant plus dans sa position normale pour que les images viennent se former sur les parties sensibles de la rétine, le malade est obligé de placer ses yeux dans certaines positions qu'il finit par garder, de là ces troubles oculaires, qui sont ici secondaires et résultent du torticolis; ces troubles diffèrent essen-

tiellement de ceux décrits par Guignet, de Lille, et qui, eux, déterminent le torticolis : pour que l'image des objets vienne influencer la rétine, il faut que le malade donne à sa tête certaines positions qu'il finit par garder; de là le torticolis qui, cette fois, est secondaire et dépend du trouble oculaire.

L'organe de l'odorat ne présente rien de particulier, et les auteurs ne signalent pas de troubles de ce côté.

L'ouïe est quelquefois altérée, tel est le cas observé par Broca (1871), chez un malade qui présentait en même temps que son torticolis de l'hémiatrophie crânio-faciale, de la diminution de l'acuité visuelle et auditive.

La sensibilité gustative peut aussi, comme l'a fait remarquer le docteur Boursier, être diminuée. Je n'ai trouvé ce fait relaté que dans les cliniques du docteur Boursier.

Dans les cas très anciens et exagérés, les mouvements du larynx sont gênés, le plus souvent la parole n'est pas altérée ; mais c'est dans les efforts de la voix, dans le chant surtout, qu'on observe de grands changements, voire même une impuissance totale (Couillard Labonnate).

La déglutition peut être difficile, et de là, la source d'un amaigrissement sensible.

On a constaté un abaissement de la température du côté malade, comparativement à celui du côté opposé, où le thermomètre accuse une élévation de 0,4 de degré environ (Th. Weiss). J'ai eu la bonne fortune de constater moi-même ce fait chez la malade dont je parle plus loin : Obs. XI.

Il est bon de remarquer encore que les malades ne peuvent redresser la tête ; mais ils peuvent exagérer l'inclinaison vicieuse par la contraction des muscles du côté malade, excepté dans le cas de lésions osseuses.

A l'état de repos, on ne constate pas de douleur, mais elle se produit quand on veut relever la tête ; les mouvements com-

muniqués sont toutefois un peu plus étendus que ceux que le malade veut exécuter lui-même.

Tous ces signes sont ceux du torticolis dû à la lésion des deux chefs du sterno-mastoïdien. Quand le chef sternal est seul pris, le tableau clinique change très peu ; au contraire quand le claviculaire est seul lésé, ce qui est rare, on ne constate qu'une inclinaison latérale sans rotation bien marquée. Du reste, cette attitude ne persiste pas, les mucles rotateurs proprement dits ne tardent pas à subir un raccourcissement d'adaptation, qui donne au torticolis son allure ordinaire. (Th. Weiss).

Tels sont les signes du torticolis produit par la lésion du sterno-cleido-mastoïdien ; mais comme nous l'avons dit, d'autres muscles peuvent, par leurs lésions, produire le torticolis, et donner lieu à un certain nombre de signes que nous allons étudier.

Torticolis produit par le trapèze. — La lésion isolée du trapèze est rare ; Duchenne (de Boulogne) en a vu un cas où l'on constatait en même temps que la souplesse des deux sterno-mastoïdiens une inclinaison de la tête en arrière et de côté, avec rotation de la face du côté opposé. On pouvait sentir le bord antérieur du trapèze tendu comme une corde. La lésion a toujours porté sur le bord antérieur du muscle, soit dans sa partie claviculaire ou inférieure, soit dans sa partie supérieure ; cette lésion a pu quelquefois être constatée avant la section, quelquefois après la section du sterno-mastoïdien.

Torticolis produit par le peaucier. — La lésion du peaucier se traduit par la présence de cordons durs et saillants soulevant la peau, et la fronçant d'une façon caractéristique. Tels sont les cas observés par Goock Jourdan (Jourdan : *Dict. des sciences médicales*), et le cas de Dieffenbach où les deux peauciers étaient pris.

Il est à noter que la lésion de ces deux muscles complique

quelquefois celle du sterno-cleido mastoïdien ; au moins sont-ce les seuls dont la rétraction concomitante soit bien démontrée.

Dans tous les cas d'ailleurs elle était secondaire et n'a apporté aucune modification importante dans l'aspect général de la difformité. La lésion du peaucier se manifestant par la présence de cordons durs et saillants peut quelquefois masquer celle du sterno-cleido-mastoïdien, quand elles existent toutes les deux en même temps.

Torticolis produit par le splenius. — Le torticolis isolé du splenius, observé par Dieffenbach, se reconnaît à ce que la tête est inclinée et la face tournée du côté du muscle malade. De plus, on constate un gonflement et un durcissement très manifestes dans le tiers supérieur de ce muscle.

Torticolis produit par l'angulaire de l'omoplate et les complexus. — Ces muscles peuvent à leur tour être en cause ; mais leur torticolis est rarement isolé, comme celui des muscles précédents et celui que nous étudierons, aussi les symptômes de ce torticolis ne sont pas nettement connus.

Torticolis produit par les scalènes. — Il a été observé par Dubreuil, une fois ; la colonne vertébrale n'était pas tordue, la tête était simplement inclinée sans déviation.

Quelquefois *deux de ces muscles* peuvent être lésés en même temps : ce sont des *torticolis mixtes ;* c'est ainsi que l'on constate la lésion simultanée du *splenius* et de l'*angulaire*, observée par Duchenne (de Boulogne) ; celle du *scalène* et du *splenius* rapportée par Dubreuil ; du splenius droit et du sterno-cléido-mastoïdien gauche, ainsi que Poulet et Bousquet en citent un exemple ; voici dans ce dernier cas ce que l'on constate ; citons à ce propos un passage de M. Jeannel (*Encycl. intern. de chirurgie,* article Torticolis). « Quelquefois le splenius et l'un ou l'autre des sterno-mastoïdiens sont atteints ; si les deux muscles sont de même côté, il y a inclinaison de la tête sans

rotation ; s'ils sont de côtés différents, il y a inclinaison modérée, mais sans rotation énorme ».

Enfin quand un des faisceaux musculaires postérieurs est contracturé, il produit la même déviation de la tête que le sterno-mastoïdien du même côté, et on a alors le *torticolis postérieur* que M. le Dr Delore (de Lyon) a si bien étudié :

La tête est inclinée du côté malade et la face tournée du côté opposé. La colonne cervicale devient concave du côté rétracté. Les muscles postérieurs du côté opposé font un relief qui est dû à leur refoulement en arrière. Ce refoulement est produit par la convexité de la colonne de ce côté, et par les apophyses transverses des vertèbres qui ont subi une rotation sur leur axe.

Cette saillie musculaire est, dans les grandes déviations, très accentuée, et a causé plusieurs fois des erreurs de diagnostic. Quoique l'attitude soit la même que dans la lésion du sterno-cleido-mastoïdien, ce muscle, dont les points d'attache sont rapprochés, est dans un état de relâchement habituel, et s'il se durcit pendant les efforts de redressement, c'est par action réflexe, et pour éviter une distension douloureuse à ses congénères : les muscles postérieurs. Ces muscles n'accusent pas leur rétraction morbide par un relief bien accentué, à cause de la concavité de la colonne ; toutefois, on sent aisément leur résistance en essayant le redressement. Pendant l'anesthésie, cette résistance persiste, tandis que celle du sterno-mastoïdien disparaît ; ce qui n'aurait pas lieu si le muscle était rétracté.

Les différents signes que nous venons d'étudier varient quelque peu, suivant qu'il s'agit d'une *contrature* ou d'une *rétraction* du muscle.

Dans la contracture, le muscle a gardé son volume normal et se dessine assez bien sous la peau ; quand il est rétracté, et qu'on cherche à redresser la tête, on trouve la limite du

redressement bien avant que le muscle soit tendu, et, de plus, en le saisissant avec les doigts, on constate qu'il est complètement atrophié et transformé en une corde fibreuse. De plus, en chloroformisant, si le muscle est rétracté, le redressement ne se fait pas; dans la contracture, le contraire a lieu.

DIAGNOSTIC

J'en arrive maintenant à la question du diagnostic, qui n'est pas sans présenter un grand intérêt, surtout au point de vue du traitement.

Il me semble indispensable, pour traiter cette partie de mon travail, de considérer successivement les points suivants :

Y a-t-il torticolis ? Grâce à l'aspect caractéristique de la lésion, aspect que nous avons décrit, et sur lequel nous ne reviendrons pas ici, il n'est pas possible de le confondre avec aucune autre lésion.

Le torticolis est-il volontaire physiologique ou *involontaire pathologique ?* Il suffit pour être renseigné d'observer le malade pendant quelques instants ; un simple interrogatoire pourra suffire. Le torticolis pathologique seul nous intéresse.

Le torticolis est pathologique, il faut savoir *s'il est aigu ou chronique.* — L'examen du malade renseignera le médecin : le début brusque, les douleurs, la fièvre, un refroidissement, une attaque de rhumatisme, un abcès ou une adénite de la région cervicale, etc., sont autant de causes plaidant en faveur de la forme aiguë, qui du reste est facile à reconnaître.

Dans la forme chronique, le malade dira qu'il est atteint de cette difformité depuis longtemps, on constatera l'absence de la douleur la plupart du temps, excepté quelquefois pendant les mouvements forcés ; la maladie aura marché lentement, la fièvre n'existera pas, etc. Tous ces signes appartiennent à la forme chronique ; je passe très vite, car je m'exposerais autre-

ment à d'inutiles répétitions ; j'ai déjà insisté sur cette forme au sujet des symptômes.

Quelle que soit la forme du torticolis, il faut savoir quelle en est *la cause*.

Si le torticolis est aigu, on recherchera, comme je l'ai déjà dit, le rhumatisme, le refroidissement, les inflammations de toutes sortes, etc.

S'il est chronique, il faudra savoir si le torticolis est congénital ou acquis.

S'il est congénital, en interrogeant le malade il dira que ses parents l'ont toujours connu avec cette difformité, qu'on lui a dit qu'il était né avec elle ; on pourra aussi interroger les parents et savoir dans quelles conditions est né le malade, etc.

S'il est acquis, le malade se rappellera d'habitude la cause de son affection, ou du moins il se rappellera les circonstances dans lesquelles elle s'est produite, et alors il pourra dire si sa maladie a été précédée d'un état aigu, ou si elle relève d'emblée de la forme chronique ; dans ce dernier cas, on pourra passer en revue toutes les causes que nous avons déjà énumérées quand nous avons étudié l'étiologie.

J'arrive maintenant à une partie très importante du diagnostic, je veux dire le *diagnostic différentiel*.

Il faut d'abord différencier le *torticolis musculaire* du torticolis *cutané*, et du *torticolis osseux et articulaire*.

Il faut ensuite savoir si le torticolis musculaire a lieu par *contracture, rétraction, paralysie, spasme musculaire ;* ce sont là autant de points que le médecin devra éclaircir.

Je commence par la variété la plus facile à reconnaître, le *torticolis cutané, cicatriciel*. En général, le malade présente les traces anciennes de cicatrices de causes différentes, de brûlures le plus souvent; je ne puis mieux faire ici, qu'en reproduisant le cas dont parle M. le professeur Boursier dans

sa clinique sur le torticolis musculaire : « Comme vous pouvez le voir sur cette femme âgée de 35 ans, et qui a été victime de brûlures multiples et très étendues, le torticolis cicatriciel est caractérisé par une inclinaison directe de la tête dans un seul sens. Cette déviation, que commande la direction même de la cicatrice, ne s'accompagne d'aucune corde rigide, analogue à celle que vous constatiez tout à l'heure sous la peau de notre petite malade (il s'agit ici d'une observation que nous publierons plus tard et qui a fait l'objet de cette clinique), en outre les douleurs que l'on provoque en redressant la tête siègent non dans les muscles, mais au niveau des cicatrices. »

De plus il faut bien remarquer qu'il n'y a rien de fixe dans les déviations produites par les cicatrices; celles-ci sont en effet très variables, par conséquent il en est de même des déviations produites par elles. Mais là où la difficulté devient réelle, c'est quand il s'agit de différencier le torticolis musculaire du torticolis osseux ou articulaire; dans bien des cas les erreurs sont très faciles, tous les auteurs sont d'accord sur ce point.

Le *torticolis osseux* ou *articulaire* peut être dû à des causes nombreuses : parfois il succède à des traumatismes du rachis, contusions, fractures, luxations etc. Plus fréquemment, il est le résultat d'affections pathologiques des vertèbres cervicales, telles que le mal sous-occipital, le mal de Pott cervical, les arthrites déformantes, les vices de conformation congénitale et l'arthrite occipito-atloïdienne, récemment étudiée par M. Dailly. Cette variété de torticolis se présente avec des signes différents de ceux observés dans le torticolis musculaire.

D'habitude il existe bien une inclinaison vicieuse de la tête; celle-ci est tantôt inclinée, tantôt tendue, mais la face subit un mouvement de rotation du côté malade, et non pas, comme dans le torticolis musculaire, du côté sain. Si on explore les

apophyses épineuses, on constate des saillies anormales, des points douloureux à la pression et pendant les mouvements. Dans le torticolis musculaire, il y a ordinairement une indolence complète, et s'il existe des douleurs, elles sont superficielles et siègent au niveau des muscles. Dans certains cas, quand la lésion siège au niveau de l'atlas et de l'axis, on peut constater un gonflement qui efface la fossette sous-occipitale. De plus, il y a presque toujours une ankylose surtout dans les cas anciens; aussi il est impossible de corriger l'attitude vicieuse et surtout de l'augmenter. Dans le torticolis musculaire, si on ne peut corriger la difformité, on peut l'augmenter et c'est même là un bon signe différentiel; si dans le torticolis musculaire très ancien on ne pouvait augmenter cette difformité, on pourrait songer à des lésions osseuses.

Mais ce qui rend quelquefois le diagnostic difficile, c'est que le torticolis osseux s'accompagne souvent de lésions musculaires secondaires, pouvant simuler un torticolis musculaire : difformité semblable, saillies et rigidités musculaires analogues, troubles fonctionnels à peu près semblables. Voici pourtant quelques signes qu'il faut bien étudier afin d'éviter la confusion :

Dans le torticolis osseux, les rétractions musculaires ne sont pas constantes; elles siègent dans plusieurs muscles à la fois, elles ont lieu par action réflexe; c'est ce que les auteurs ont appelé la vigilance musculaire, ce sont plutôt des contractures que des rétractions. Enfin si on vient redresser un torticolis vertébral, on déterminera une douleur intense se généralisant dans la tête et le long du rachis. Souvent la douleur est spontanée et siège dans la colonne cervicale.

Tous les doutes seront dissipés, si on constate une déformation caractéristique des corps vertébraux, comme dans le mal de Pott des abcès par congestion, ou des signes de compression

nerveuses, telles que, étourdissements, fourmillements dans les pieds, les mains, l'engourdissement du cou, tous ces signes font défaut dans le torticolis musculaire.

On a pu encore constater une douleur pharyngienne dans les mouvements de la déglutition.

Enfin les lésions articulaires déterminent quelquefois une véritable névralgie cervicale, et l'on comprend combien dans ces circonstances, les symptômes de celles-ci existant à peu près seuls, il est difficile de faire un bon diagnostic entre cette névralgie et la névralgie cervicale proprement dite ; dans cette dernière, la douleur est plus vive, plus superficielle, elle suit les filets nerveux, va loin ; siège dans les muscles, et est réveillée par la plus petite pression. Enfin il n'y a pas de tuméfaction.

Disons encore, en dernier lieu, que dans le torticolis articulaire, les muscles répondent bien à l'excitation galvanique, ce qui n'a pas toujours lieu dans le torticolis musculaire chronique surtout quand la rétraction a eu lieu.

Les autres variétés d'arthrite cervicale, qu'elles soient traumatiques ou spontanées, se présentent avec des signes à peu près analogues. Lorsqu'il s'agira de traumatisme, les commémoratifs serviront beaucoup, et il ne faudra pas négliger d'interroger le malade.

Je dois pourtant insister ici sur la forme spéciale décrite par le Dr Dailly *l'arthrite occipito-atloïdienne*.

Voici d'après Dally les particularités de cette affection : développée ordinairement sous l'influence du froid, du rhumatisme, elle est caractérisée : anatomiquement, par une subluxation de l'atlas sur l'occipital ; telles que les masses latérales sont l'une sur un plan antérieur, l'autre sur un plan postérieur au plan vertical transverse ; cliniquement, par la saillie postérieure de l'une des apophyses transverses qui se rapproche de

l'apophyse mastoïde, tandis que l'autre se rapproche du pharynx, où le doigt peut en constater aisément la présence.

Cette déviation produit une torsion spiroïde de la tête, qui simule d'autant plus un torticolis musculaire que les muscles cervicaux ont été très raccourcis par adaptation. Un point important c'est que si on ne modifie pas dès le début, par redressement, l'attitude vicieuse, elle devient définitive, en quelques semaines, par une ankylose irrémédiable. Comme au moment où la soudure des surfaces articulaires est complète, les phénomènes aigus du début ont d'habitude disparu, la confusion entre cette arthrite et le torticolis musculaire chronique est facile; ce dernier s'en distinguera toutefois par l'absence du déplacement caractéristique de l'atlas.

Dans tous les cas, étant donnée l'assertion du docteur Dally qui avance que cette affection est bien plus fréquente qu'on ne le pense, il sera indispensable de chloroformiser le patient afin de savoir s'il existe ou non une ankylose des articulations cervicales. Dans ce dernier cas, sous l'influence du chloroforme qui supprime les contractures réflexes, on ne peut faire exécuter aucun mouvement à l'articulation; tandis que dans le torticolis musculaire, on peut toujours redresser plus ou moins la tête ou augmenter l'inclinaison latérale.

Quand on a constaté l'existence du torticolis musculaire, il s'agit de savoir à quel muscle on a affaire; nous nous sommes déjà occupé des signes particuliers à la contracture de chacun des muscles du cou, nous n'y reviendrons pas; nous dirons seulement que souvent la difformité est produite par l'action synergique de deux ou plusieurs muscles, et de plus, quelquefois les muscles profonds sont atteints, sans que nous puissions le constater, malgré toutes nos investigations.

Il sera aussi nécessaire de savoir si le muscle est *contracturé* ou *rétracté*; nous nous sommes déjà occupé de ce fait au

sujet des symptômes, et je n'y reviendrai pas. Je me contenterai ici de signaler un fait : le muscle contracturé a gardé encore un peu de contractilité, sa consistance seule a changé ; il en est de même du muscle *raccourci,* dont les deux extrémités sont simplement rapprochées, et dont la consistance est plus molle qu'à l'état normal, à cause de sa tendance à la transformation graisseuse ; le muscle rétracté a tout à fait perdu sa contractilité, il est ramassé en un seul faisceau résistant, semble tout entier tendineux ; c'est ce qui le différencie des deux états précédents.

Il faudra savoir si un seul des deux faisceaux du sterno-mastoïdien est lésé ou les deux à la fois ; ce fait est très difficile à constater, nous l'avons déjà dit; c'est souvent après la section du premier faisceau que se dessine la rétraction du second, tels sont les deux cas opérés par le professeur Boursier. C'est encore par la manœuvre qui consiste à exagérer la rotation et à essayer le redressement pour bien juger de la tension des faisceaux, que la rétraction du second faisceau se dessine. Tel est le cas de Vincent Duval : « Le muscle rétracté ne faisait aucun relief et n'apparaissait tendu que sous l'influence de cette manœuvre. »

Torticolis paralytique. — Il est très rare, s'adresse au sterno-mastoïdien : la tête est entraînée du côté opposé à la lésion, en vertu de la tonicité du muscle sain; le malade ne plus imprimer à sa tête aucun mouvement du côté paralysé; il n'y a pas de durcissement du côté de la flexion; de plus, la tête est redressée très facilement, et si on l'abandonne à elle-même, elle revient à sa position anormale. Si la lésion est très ancienne, le muscle antagoniste finit par se rétracter véritablement, et on ne peut redresser la tête. On a alors un vrai torticolis par rétraction qui a remplacé le torticolis paralytique. Il faut alors se conduire comme pour le torticolis par contracture ou rétraction.

Torticolis spasmodique. — A côté du torticolis à forme continue, nous décrirons maintenant le torticolis spasmodique, intermittent, qui est le résultat de contractions involontaires et répétées des muscles cervicaux, habituellement du sterno-mastoïdien seul, quelquefois de ce muscle, du splenius, du complexus associés. Le malade éprouve une sensation de rotation intermittente légère ou énergique du cou, d'un côté ou de l'autre, avec déviation du menton de sens opposé au côté malade. La tête se met en torticolis spasmodiquement et par crise. Au début les accidents sont rares, passagers, fugaces, plus tard ils sont tenaces et fréquents. Au repos, les muscles gardent leur état normal; mais à la plus légère excitation, par le fait même du passage de la position couchée à la position assise, le sterno-mastoïdien malade se contracte en exécutant des mouvements cloniques successifs; quelquefois le trapèze est également envahi. Il arrive que les convulsions ne cessent pas, dans certains cas, même pendant le repos. Ces convulsions, qui sont plus ou moins douloureuses, cessent d'habitude quand le patient donne à sa tête un point d'appui quelconque; quand le malade parle ou chante, tel est le cas observé par M. le professeur Pitres et qu'il nous a présenté à une de ses cliniques.

En général la sensibilité de la région est indemne; toutefois, chez certaines hystériques, on peut rencontrer des plaques d'anesthésie ou d'hyperesthésie; on peut aussi observer un rétrécissement du champ visuel. Cas du Dr Pitres.

Le spasme n'est pas toujours tonique, souvent il s'y joint de petites convulsions que le malade ressent bien, et qui en se succédant rapidement, augmentent graduellement la contracture. Durant ces secousses surajoutées, la tête se meut irrégulièrement et ces mouvements accentuent la déviation et l'inclinaison latérale (Robert).

Trousseau a prouvé que ces mouvements affectent souvent l'aspect d'un tic giratoire, rappelant les mouvements choréiques. Quelquefois, tel est le cas de Stendel, la contracture porte sur les muscles gauches et droits; dans ce cas la tête et le cou étaient maintenus avec force dans une direction, et ce n'était qu'après un certain temps qu'ils se portaient dans la direction opposée.

Les crises se succèdent assez vite dans certains cas, d'autrefois elles sont séparées par de longs intervalles, rien de fixe à ce sujet.

Cette affection est essentiellement nerveuse.

Quelquefois la maladie se présente avec une contracture permanente du sterno-cleido-mastoïdien et du trapèze; alors la marche de la maladie sera un bon moyen pour la reconnaître. C'est ainsi que tout d'abord, le malade peut avoir des troubles de la phonation et de la déglutition. Tel est le cas relaté par le docteur Nègre, dans sa thèse.

Ces troubles peuvent disparaître en peu de temps; mais ils sont très importants pour le diagnostic; car peu après un faisceau du sterno-cleido-mastoïdien sera frappé, puis le second, et enfin le trapèze lui-même, si la maladie ne disparaît pas. Tout le champ du spinal n'est pas toujours atteint, mais on peut faire son diagnostic si on interroge son malade sur sa profession, les diverses positions qu'il est obligé de prendre pour travailler, etc. Les auteurs classiques font bien mention d'une gêne de la parole chez les sujets affectés de torticolis, mais alors cette gêne arrive chez des personnes atteintes de torticolis depuis très longtemps, et elle n'arrive qu'avec la rétraction musculaire.

Tel est encore le cas de M. Debout, communiqué à la Société de chirurgie en 1854 (*Bulletin,* t. V, p. 200), qui a été considéré comme une névrose, suivie d'une contracture permanente

du sterno-cleido-mastoïdien gauche et du splenius droit. Le malade avait par moments des spasmes intermittents. La guérison fut obtenue par l'électrisation des antagonistes.

Le torticolis spasmodique, avons-nous dit, peut être constaté à l'état clonique ou tonique. Mais les deux états peuvent exister en même temps. Tel est l'exemple de Schwartz : il s'agissait d'une contracture du sterno-mastoïdien gauche, du trapèze de l'angulaire et de l'omoplate gauche, le tout datant de deux ans, chez une femme de 26 ans, très nerveuse, sans antécédents hystériques.

La contracture fixe augmentait subitement sous l'influence d'une émotion et devenait douloureuse.

Tous les signes que nous venons d'énumérer permettront de reconnaître le torticolis spasmodique du torticolis musculaire par contracture et par rétraction ; il était nécessaire, au point de vue du traitement, du pronostic, etc., de bien établir cette différence.

Enfin terminons en disant que si le *torticolis est simulé,* on le reconnaîtra sur le vivant, parce que les muscles du côté opposé à la déviation sont contractés volontairement pour maintenir l'attitude vicieuse.

PRONOSTIC

J'arrive maintenant à l'étude du Pronostic de l'affection qui nous occupe; ce pronostic variera suivant la forme, la lésion des muscles et des organes voisins, la cause du torticolis.

Le torticolis aigu déterminé par le rhumatisme, le refroidissement, un furoncle est le plus bénin de tous, surtout si on a bien soin de le traiter dès le début; négligé, il peut être le point de départ de la forme chronique.

Lorsque le torticolis dépendra, d'abcès, de phlegmon, d'adénites suppurées, etc., des régions cervicales, le pronostic variera suivant le plus ou le moins de gravité de ces états inflammatoires et suivant les désordres déterminés par eux dans les organes voisins, principalement les muscles, qui peuvent participer à ces inflammations et se rétracter ensuite.

Pour ce qui est des torticolis symptomatiques, leur pronostic est entièrement lié aux maladies générales dont ils procèdent. Tel est le torticolis spasmodique ou paralytique qui apparaît dans le cours de la méningite tuberculeuse, telle est la contracture du sterno-mastoïdien qui s'observe dans le tétanos, et dans les hémorragies méningées ou ventriculaires, tel encore le torticolis qui éclate dans les névroses, l'hystérie par exemple.

Le pronostic du torticolis varie aussi suivant l'état du muscle lésé; c'est ainsi que l'on triomphe facilement du torticolis où il existe simplement de la contracture musculaire. Il n'en est plus de même quand la rétraction a succédé à la contracture, ce qui a lieu quand le torticolis est ancien, alors le pronostic

devient sérieux ; je ne veux point dire que dans ce cas le torticolis menace directement la vie du malade, mais je veux dire qu'à cette période cette difformité est incurable par les moyens médicaux, et ne peut disparaître qu'à l'aide d'une opération chirurgicale sanglante. Si l'on n'y remédie pas, la déformation qu'entraîne le torticolis s'accroît d'une façon progressive et constante, et l'on peut voir alors survenir ces désordres profonds que nous avons étudiés au chapitre de l'anatomie pathologique, du côté de la face, du crâne, des organes des sens, etc., et dans certains cas très tardivement et très rarement, il est vrai, on peut constater l'ankylose des vertèbres cervicales. Enfin chez certaines personnes, peut-être prédisposées, et étant sans cesse l'objet de vexations de la part des amis, des voisins, etc., à cause de leur difformité, chez ces personnes, dis-je, on peut constater quelquefois des troubles mentaux.

Quant à l'opinion de Broca, qui avait prétendu que les personnes atteintes de déformation du crâne à la suite de torticolis avaient une intelligence au-dessous de la normale, elle n'est pas admise par la plupart des auteurs compétents.

TRAITEMENT

En présence du torticolis musculaire, on a deux indications à remplir : *redresser la déviation* et puis *maintenir la réduction*. Quand aux moyens à mettre en usage, ils sont d'ordre *médical* ou *chirurgical,* suivant que l'on s'adresse à telle ou telle variété de torticolis.

Le *torticolis aigu*, par exemple, cèdera facilement à l'emploi d'un *traitement médical,* consistant en applications chaudes et émollientes ou en antiphlogistiques. Quelquefois on est obligé de recourir aux révulsifs, aux vésicatoires, à l'électricité et aux injections sous-cutanées de chloroforme ou de chloral. Mais d'ordinaire l'affection guérit rapidement sans qu'il faille parcourir toute la gamme des moyens thérapeutiques que je viens d'énumérer.

Lorsque les contractures ne cèdent pas, le massage cadencé et régulier du muscle, suivant les préceptes de Récamier, Seguin et Larghi, les injections hypodermiques d'atropine et de chloral, enfin les pulvérisations d'éther sur le muscle contracturé, ont tour à tour donné d'excellents résultats. Mais si ces moyens échouent, il faut sans hésitation recourir aux courants continus d'après la méthode de Reinak.

Elle consiste à placer le pôle positif sur le rachis, tandis que le pôle négatif est appliqué sur le muscle malade. On peut encore par l'électricité faradique produire des contractions vives et répétées sur le muscle correspondant du côté sain. Si la contracture résiste à l'électricité, il faudra soumettre le malade à l'anesthésie, et, lorsque le torticolis aura disparu

dans le sommeil chloroformique, on placera à demeure un appareil à immobiliser. C'est la dernière ressource que l'on puisse tenter avant de s'adresser *aux opérations chirurgicales* qui sont surtout de mise en face d'un *torticolis par rétraction*.

Cependant quand on a affaire à un torticolis par rétraction, on peut essayer sans grand espoir de succès, il est vrai, les moyens que nous venons d'étudier à propos du torticolis par contracture, et c'est seulement quand on sera convaincu de leur inefficacité que l'on pourra aborder le traitement opératoire du torticolis. Dans ce cas de rétraction musculaire, on a en effet affaire à un obstacle solide que la force seule peut détruire, et c'est dans ce cas qu'est réellement indiqué le traitement chirurgical du torticolis.

Nous devons maintenant dire quelques mots des manœuvres préconisées par M. Delore, de Lyon, *sous le nom de redressement forcé*. Cette théorie est basée sur une théorie nouvelle du torticolis dont nous avons déjà parlé. Pour M. Delore, le sterno-cleido-mastoïdien est rarement seul en cause dans le torticolis, et presque toujours 18 ou 19 fois sur 22, les muscles postérieurs du cou sont atteints en même temps que lui. De là cette conclusion que la ténotomie ne peut être pratiquée sur tous ces muscles et qu'un traitement orthopédique seul peut triompher de cette difformité. Voici comment opère le chirurgien lyonnais : le malade complètement endormi est assis sur un tabouret entre les mains d'un aide. L'opérateur s'emparant de la tête lui fait exécuter doucement et progressivement des mouvements latéraux en sens inverse de la déviation. Des craquements se font entendre par suite de la rupture des petites brides fibreuses ; au bout de 5 à 10 minutes, le redressement est complet. On applique ensuite un appareil silicaté qui embrasse la poitrine, le cou et la tête, excepté la face, et on le laisse en place pendant un mois environ.

Voici comment M. le professeur Boursier, dans sa clinique sur le traitement du torticolis, apprécie cette méthode : « La théorie et la méthode de M. Delore sont passibles d'objections sérieuses. D'abord, si l'on examine alternativement les observations qu'il a publiées, on voit que dans quelques cas, sans doute, les muscles de la nuque étaient malades en même temps que le sterno-mastoïdien, mais dans beaucoup d'autres cas, l'altération de ces muscles était liée à une arthrite vertébrale. L'existence d'une lésion osseuse rend plus dangereuses encore des manœuvres qui sont en elles-mêmes aveugles et forcées. De plus, il n'est pas sans inconvénients d'endormir les malades dans la position assise et de laisser à demeure des appareils inamovibles qui ne sont pas toujours bien supportés, et malgré tout le soin qu'on a pris de les doubler de ouate, peuvent amener la production d'eschares. Pour ces motifs, je suis peu partisan du redressement forcé dans le traitement du torticolis. Cette méthode offre de réels dangers quand il s'agit d'un torticolis osseux ou affectant plusieurs muscles; elle est infiniment plus compliquée que la ténotomie lorsqu'un seul muscle est atteint ».

La *ténotomie* ou section chirurgicale d'un tendon supprime la cause matérielle qui entretient dans le torticolis la déformation du cou. Mais le tendon une fois sectionné ne tarderait pas à se cicatriser dans la même attitude vicieuse, si l'on ne complétait la ténotomie par un *traitement orthopédique* qui empêche la déviation de se reproduire et oblige la cicatrisation tendineuse de s'effectuer en bonne position. La ténotomie par conséquent n'est qu'une opération préliminaire destinée à faciliter le traitement curatif qui réside tout entier dans l'application d'appareils redresseurs.

C'est la ténotomie complétée par l'orthopédie qui constitue le traitement chirurgical du torticolis.

Jacob Minnius est le premier, au dire de G. Fischer, qui ait pratiqué la ténotomie avant l'année 1652. Il s'agissait d'une jeune fille de 12 ans, atteinte de torticolis, et chez laquelle le chirurgien fit une application de caustique au-dessus de la clavicule, puis acheva au bistouri la section du muscle qui était en partie détruit. C'était là une opération compliquée qui ne rappelle en rien la ténotomie que nous pratiquons aujourd'hui. Isaac Minnius, d'après Tulpius, aurait également sectionné le sterno-mastoïdien en 1683, mais c'est un chirurgien d'Amsterdam, Roonkuysen, qui peut à juste titre être considéré comme l'inventeur réel de la ténotomie : il fit le 16 mai 1670, la section du sterno-mastoïdien ; il attira la peau et le muscle en formant un pli qu'il écarta des parties molles et coupa de dehors en dedans et le tégument et le muscle. Plus tard, il refit la même opération et en releva les principales indications. Il fut imité par Job Van Meckren, maître Florianus, Cornélius Solnigen, Sharp, qui tous coupèrent le muscle à ciel ouvert et enregistrèrent des accidents nombreux, dont les deux plus redoutables étaient les phlegmons et l'infection purulente.

De plus, quand le malade ne succombait pas aux accidents dont nous venons de parler, il y avait des hémorragies, des récidives, des torticolis cicatriciels.

Aussi c'est pour éviter tous ces inconvénients que Dupuytren imagina la *section sous-cutanée* du sterno-mastoïdien. Cette opération marqua une ère nouvelle dans le traitement du torticolis, et c'est à partir de ce moment que l'on a commencé à avoir de bons résultats dans le traitement chirurgical de cette difformité. La section du sterno-mastoïdien à ciel ouvert fut donc complètement délaissée pour la ténotomie sous-cutanée.

Mais aujourd'hui, grâce à l'antisepsie, les accidents que l'on redoutait autrefois ne sont plus autant à craindre, et depuis quelques années certains auteurs encouragés par quelques

succès, tendent à revenir à l'ancienne méthode, je veux dire à la section du muscle à ciel ouvert; je vais donc ici essayer d'étudier ces deux procédés, les comparer et voir s'il y a vraiment lieu de renoncer à la ténotomie sous-cutanée.

Je vais maintenant m'occuper successivement de ces deux modes opératoires, en commençant d'abord par la ténotomie sous-cutanée.

C'est, comme nous l'avons déjà dit, Dupuytren qui imagina le premier la section sous-cutanée du sterno-mastoïdien, en 1822, imitant sans le savoir la méthode suivie en 1816, par Delpech, dans la ténotomie du tendon d'Achille.

La jeune fille soignée par Dupuytren guérit sans accident, mais cette opération passa complètement inaperçue en France. Il fallut qu'elle nous revînt d'Allemagne où Dieffenbach et Stromeyer la pratiquèrent nombre de fois de 1824 à 1836, pour que les chirurgiens français lui fissent un accueil favorable.

Roux, Amussat, Magendie employaient encore la méthode de Sharp, lorsque Bouvier en 1836, J. Guérin en 1837, et après eux Vincent Duval, Malgaigne, Bonnet reprirent, perfectionnèrent, régularisèrent la ténotomie sous-cutanée. A partir de ce moment, la ténatomie fut pratiquée avec enthousiasme, presque aveuglément. On ne tarda pas à dépasser le but, et Malgaigne ne fut pas le seul à protester contre la facilité avec laquelle on coupait les tendons, sans se préocuper du traitement orthopédique qui doit accompagner l'opération et la suivre pour en assurer le résultat heureux. Peu à peu la ténotomie prit dans la thérapeutique chirurgicale le rang qui lui convient aujourd'hui. Elle a ses indications nettement définies; son manuel opératoire est parfaitement décrit, enfin les recherches anatomiques et expérimentales modernes nous ont appris comment s'effectue la réorganisation du tendon sectionné.

La ténotomie est indiquée dans le torticolis, par rétraction qui se traduit par une corde rigide, inextensible et contre laquelle l'électricité a échoué. Le torticolis du sterno-cleido-mastoïdien est celui qui se prête le mieux à la ténotomie; une fois le muscle sectionné, il n'est pas rare de voir céder les muscles postérieurs de la nuque quand ils sont secondairement atteints. Mais ne l'oublions pas, la ténotomie dans ce cas n'est que la première partie du traitement; elle sera inutile si on ne la fait pas suivre d'un traitement orthopédique.

Quand au Manuel opératoire, il est bien simple, voici comment il faut procéder :

Le chloroforme doit être poussé jusqu'à la résolution la plus complète, de manière à immobiliser entièrement la région délicate sur laquelle on opère, et aussi pour confirmer le diagnostic. S'il s'agit en effet d'une simple contracture, le torticolis disparaît spontanément pendant l'anesthésie. Mais si on a affaire à de la rétraction musculaire vraie, la déformation n'est nullement influencée par le chloroforme.

Une fois le malade endormi, il faut, pendant toute la durée de l'opération que sa tête soit solidement assujettie, par un aide intelligent, dans l'extension. « De cette façon, la corde toujours saillante et tendue du sterno-mastoïdien vient en quelque sorte se couper d'elle-même sur la lame du ténotome» (Dr Boursier, clinique). Le cou étant bien fixé, on fait un pli à la peau de façon que la plaie cutanée ne corresponde plus, après l'opération, au niveau de la section musculaire. Puis on ponctionne le tégument à 2 centimètres au-dessus de la clavicule, point où le sterno-mastoïdien est tout à fait superficiel et n'est masqué par aucun organe important. Retirant ensuite le ténotome droit, on le remplace par un ténotome Mousse destiné à couper le muscle sans risquer de léser par sa pointe les parties sous-jacentes.

Mais ici deux procédés peuvent être mis en œuvre. Pratiquer l'incision de *dehors en dedans*, comme le conseille Jules Guérin, ou de *dedans en dehors*, suivant les préceptes de Vincent Duval. La ténotomie sus-tendineuse expose, si le chirurgien fait une échappée, à blesser les vaisseaux profonds du cou, La seconde méthode n'a pas cet inconvénient, mais elle peut occasionner quelquefois l'ouverture de la jugulaire antérieure qui croise souvent la face intérieure du sterno-mastoïdien au point où se fait la ténotomie. Un second danger inhérent à la ténotomie sous-tendineuse est la possibilité de sectionner du même coup et le muscle et la peau, si l'opérateur vient à faire mouvement trop vigoureux. C'est là pourtant un accident rare, et qui ne peut être comparé, comme gravité, à la blessure des gros vaisseaux du cou, seulement possible dans l'opération de J. Guérin. Ainsi c'est à la seconde méthode qu'on doit donner la préférence. Après avoir introduit le ténotome mousse en arrière du sterno-mastoïdien, on dirige son tranchant contre la face postérieure de ce muscle et on le maintient fixe dans cette position ; alors l'aide excerce de fortes pressions sur la tête étendue, et la section du tendon est opérée. On entend un craquement sourd, véritable cri du tendon, et la tête est ramenée vers l'épaule du côté opposé ; du moins il en est ainsi quand un seul faisceau est rétracté ; mais le redressement n'a pas complètement lieu quand l'autre faisceau est aussi rétracté, le claviculaire par exemple, si c'est le faisceau sternal qui est sectionné le premier.

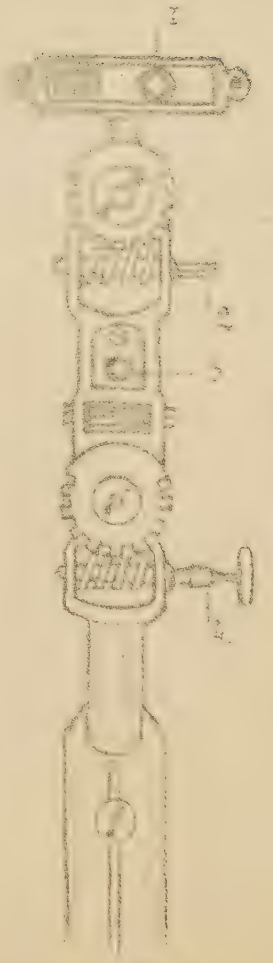
Dans ce cas la section de ce seul tendon ne suffit pas, comme l'a pensé de Saint-Germain ; il faut alors introduire de nouveau le ténotome mousse dans la plaie, pour couper comme le conseillent Malgaigne et Bonnet, le faisceau claviculaire également rétracté. Alors seulement, on peut obtenir un redressement complet de la déviation.

Maintenant, il n'en est pas toujours ainsi. *Le trapèze, le splenius, les scalènes* sont quelquefois pris en même temps que le sterno-mastoïdien, ce qui complique l'opération. Dans ce cas, le chirurgien se contente d'appliquer un appareil orthopédique, qui corrige à la longue la déformation, ou bien il lui faut faire une *myotomie secondaire*, opération délicate à exécuter sur des muscles profonds.

D'habitude aucun accident ne trouble cette opération, quelquefois une hémorragie due à la section de la jugulaire antérieure ou externe et que l'on arrête facilement par la compression ou la ligature. Dans la ténotomie d'avant en arrière il y a à craindre la section de gros vaisseaux. Quant à la blessure du nerf diaphragmatique, elle a pu, comme dans le cas cité par Broca, amener des spasmes nerveux et une toux opiniâtre, mais ces troubles sont passagers et guérissent en quelques semaines. Une complication plus sérieuse est la suppuration, qui, suivant la remarque de M. Lannelongue (de Paris) dépend de la trop grande étendue de la plaie, de la pénétration de l'air, d'une traction excercée sur les tendons divisés, ou bien encore d'un mauvais état général. Le milieu dans lequel on opère est aussi à considérer. Bien que la suppuration ne soit pas un obstacle à la guérison, elle constitue toujours une suite fâcheuse de la ténotomie appliquée au traitement du torticolis. Non seulement elle peut se terminer par l'infection purulente, mais elle peut aussi donner lieu à une rétraction cicatricielle qui reproduira, en l'exagérant la difformité primitive.

Quand la section musculaire est terminée, on procède à l'occlusion de la plaie, et pour cela on applique sur elle un peu d'ouate collodionnée. Ceci terminé, on place le malade dans un *appareil de redressement;* de cette façon la cicatrisation tendineuse se fait en bonne position et on peut avoir une guérison définitive. Nous reviendrons plus tard sur les appareils de redressement.

Moyen
de M.r le B.n Gendron.



de la Rivière

Etudions maintenant la ténotomie à ciel ouvert.

Comme je l'ai dit précédemment, grâce à l'antisepsie certains auteurs tendent aujourd'hui à revenir, dans certains cas, à la ténotomie à ciel ouvert.

C'est le professeur Volkmann de l'université de Hall (Prusse), qui le premier a proposé de nouveau ce mode opératoire.

Voici du reste comment il s'exprime à ce sujet (dans le *Centralblatt für chirurgie* du 4 avril 1855, n° 14, p. 233).

« Dans les six dernières années, j'ai eu douze fois l'occasion d'étudier anatomiquement des cas difficiles de torticolis congénital sur le vivant. Dans quelques cas très sérieux, je n'ai pas obtenu de bons résultats de la myotomie sous-cutanée, car après la section du muscle, il restait encore dans la profondeur des tractus fibreux qui s'opposaient à la rétraction de la tête, si bien que je fus obligé de recommencer l'opération. Dans un cas même, je blessai la veine jugulaire interne, située profondément, mais sans danger, l'hémorrhagie fut arrêtée par un bandage compressif.

» Alors j'eus recours dans ces cas très difficiles, surtout chez des enfants, à un autre procédé : je fis une incision sur le bord interne du muscle, j'isolai parfaitement le muscle, et je le coupai avec tous les prolongements fibreux qui l'entouraient ».

Il donne ensuite le résultat de ses recherches anatomiques, recherches que j'ai déjà mentionnées à l'anatomie pathologique, et plus loin il ajoute : « Les résultats de la section à ciel ouvert du sterno-cleido-mastoïdien a donné d'excellents résultats, la cicatrice de la plaie par première intention n'a donné lieu à aucun trouble chez l'enfant. La difformité, en peu de temps, a été combattue par l'extension après l'opération Un de mes opérés, qui avait un torticolis si accentué que je n'osais donner aucune garantie de guérison au père, est aujourd'hui officier en activité. Je propose donc cette méthode pour les cas très

sérieux de torticolis. » Il aurait été intéressant d'avoir les observations dont les résultats sont mentionnés plus haut, j'ai écrit au professeur Volkmann, et voici qu'elle a été la réponse de son chef de clinique :

Cher docteur,

En l'absence du Secrétaire de M. le Professeur Volkmann, j'ai l'honneur de vous informer que les observations de Caput Obstipum congénital n'ont pas été publiées ; et à part le petit article que vous avez lu dans le *Centrablatt für chirurgie*, je ne connais pas d'ouvrage de M. le professeur Volkmann sur cette question.

Agréez, etc., Signé : Dr Kredel.

Assistentarzt.

Désirant enfin avoir quelques renseignements complémentaires au sujet de la façon d'opérer du professeur Volkmann, je lui ai adressé une seconde lettre, et voici quelle a été la seconde réponse du chef de clinique :

Cher Monsieur,

L'opération de Volkmann, décrite dans le *Centrablatt für Chirurgie*, 1885, n° 13, ne vous semblant pas suffisante, je vous prie d'attendre le retour du professeur Volkmann qui aura lieu au mois de mai ; car je n'ai pas le droit de communiquer en son nom les articles qui doivent être publiés ouvertement.

Agréez, etc., Signé : Dr Kredel.

Hall, le 21 mars 1888.

Mais toutefois, comme on peut le voir, le professeur Volkmann est assez explicite dans son article, il conseille la ténotomie à ciel ouvert, non pas comme méthode générale, mais

dans les cas où la ténotomie sous-cutanée a échoué ou pourrait échouer (dans les cas difficiles de torticolis), là où il y a non seulement la rétraction du tendon, mais aussi la rétraction des parties fibreuses environnantes.

Le professeur Volkmann n'insiste pas beaucoup sur ce qu'il appelle « les cas sérieux de torticolis ». Mais je pense qu'il fait allusion aux cas anciens, où la difformité est très prononcée. Or, je publie à la fin de mon travail, plusieurs observations de ce genre où la ténotomie sous-cutanée a donné d'excellents résultats.

D'autre part, le docteur Barem de Eiselsberg, dans la séance du 10 février 1888, a présenté à la Société des médecins de Vienne, un cas de torticolis opéré par la méthode à ciel ouvert, par le docteur Billroth. Voici ce que dit le docteur Barem de Eiselsberg : « La section à ciel ouvert du muscle a été faite par Volkmann, par une incision parallèle à la direction du muscle. Le danger de l'opération, lorsqu'on fait usage de l'antisepsie, est si rare que l'on peut dire que c'est là une opération ayant l'avantage sur la ténotomie sous-cutanée, incertaine dans bien des cas ».

Le docteur Eiselsberg ne s'étend pas davantage sur ces cas où la méthode reste incertaine. Entrons maintenant dans quelques détails au sujet de ces deux méthodes.

Il est incontestable qu'aujourd'hui, grâce à l'antisepsie, les accidents que l'on redoutait autrefois dans la ténotomie à ciel ouvert ne sont plus autant à craindre ; journellement pour beaucoup d'opérations on peut constater le fait. Mais il n'est pas moins vrai que la méthode sous-cutanée a des avantages tels, qu'elle doit rester maîtresse du terrain.

Et tout d'abord, les auteurs dont nous avons parlé précédemment, ne conseillent l'incision à ciel ouvert que pour certains cas seulement, « les cas sérieux ». Ils ne la proposent

pas comme méthode générale. Il serait nécessaire de bien s'entendre sur ces cas sérieux, de bien les définir.

L'antisepsie supprime les accidents septiques dans la ténotomie à ciel ouvert, mais les hémorragies graves, les torticolis cicatriciels qui sont des accidents sérieux de cette méthode, persistent toujours et doivent être pris en grande considération.

Il est certain que quand il existe de nombreuses fibres environnantes qui sont rétractées, on arrive difficilement à les sectionner complètement par la méthode sous-cutanée, qui ne permet d'en couper qu'un petit nombre seulement. Mais comment reconnaître ces cas ?

D'autre part, toutes les fois qu'on utilise la section sous-cutanée, il n'est pas impossible que sous l'influence de l'extension préconisée après la ténotomie pour l'application de l'appareil de redressement, il n'est pas impossible, dis-je, qu'on ne puisse pas rompre, par ce redressement, beaucoup de ces fibres rétractées.

Duval, en indiquant son *coup du malin,* avait pour but la rupture de la gaîne du muscle après la section de ce dernier ; il obtenait très bien cette rupture par son procédé.

Je publie plusieurs observations de torticolis traité par la ténotomie sous-cutanée et le redressement consécutif ; il est certain que ces cas, la plupart très anciens, il y avait non-seulement rétraction du muscle, mais aussi de la gaîne et du tissu cellulaire voisin ; pourtant le succès n'en a pas moins été complet.

Ce qui, à mon avis, constitue quelquefois des insuccès, c'est que dans certains cas on se contente à tort de la section d'un seul faisceau du sterno-mastoïdien, alors que l'autre est aussi un peu rétracté. D'un autre côté, certains praticiens négligent peut-être le redressement de la tête après l'opération, en appli-

quant mal l'appareil, en ne le laissant pas suffisamment de temps en place, en ne recommençant pas cette application, si elle n'a pas bien réussi une première fois. Or, cette deuxième partie du traitement, je le répète, est très importante, voire même capitale : si le médecin n'y prend garde, ou si le malade n'est pas docile, l'insuccès est la règle.

Je ne conteste pas à la méthode à ciel ouvert, aidée d'une antisepsie rigoureuse, entre les mains d'habiles chirurgiens, de donner, dans certains cas, là où il y a rétraction du tendon, de la gaîne, du tissu environnant, de bons résultats ; mais je pense, que même dans ces cas, et à plus forte raison quand le muscle est seul retracté, je pense, dis-je, que la méthode sous-cutanée accompagnée d'une bonne extension, ne doit pas être abandonnée.

Cette méthode a donné et donne de très bons résultats ; le manuel opératoire est très simple ; les hémorrhagies consécutives à la lésion de gros vaisseaux ne sont pas à craindre ; les suites de l'opération sont insignifiantes. Toutes ces raisons plaidaient certainement en faveur de la section sous-cutanée.

J'arrive maintenant à la deuxième partie du traitement, au redressement de la tête, et à son maintien dans une position convenable.

Avant de passer en revue les divers appareils proposés pour le traitement orthopédique du torticolis, il serait bon de se demander comment se réunissent les deux bouts du tendon sectionné.

Les phénomènes de la réparation tendineuse ont été étudiées depuis Hunter jusqu'à nos jours, grâce surtout aux travaux de Bouvier, Vincent Duval, Feltz, Robin et Guérin, Adams, Demarquoy, Henocque. L'expérimentation sur les animaux et les autopsies pratiquées sur des sujets opérés de la ténotomie, démontrent que le processus réparateur est analogue dans tous

les cas. Lorsqu'un tendon a été divisé par section sous-cutanée, il se produit une rétraction brusque du bout supérieur, c'est-à-dire un écartement des deux extrémités. Un épanchement de sang vient aussitôt combler l'espace qui les sépare. Une infiltration séro-sanguine et un gonflement de la gaîne se produisent, en même temps qu'une vascularisation anormale de la peau et des tissus voisins. Bientôt l'épanchement se résorbe, mais la gaine reste plus épaisse et sa face est tapissée vers le troisième jour, d'une matière glutineuse plus prononcée vers les extrémités du tendon et surtout vers le bout adhérent de l'os. Dans ce manchon gélatiniforme étendu d'un segment à l'autre du tendon, le microscope découvre, au bout de quelques jours, la présence de cellules embryonnaires en voie d'évolution vers le tissu conjonctif adulte, et peu à peu un tissu fibreux parfait. Du dixième au quinzième jour, il se produit un cylindre cicatriciel qui ne peut être séparé de la gaîne mais qui se confond avec l'un ou l'autre des segments du tendon. Enfin au bout d'un mois la continuité du tendon est rétablie : entre les deux extrémités tendineuses existe un cordon fibreux qui permet le rétablissement de la fonction musculaire. Ainsi qu'il résulte des recherches expérimentales et histologiques de Demarquay, resumées dans l'article *tendon,* du dictionnaire encyclopédique, c'est réellement la gaîne qui sert à former la cicatrice tendineuse de la même manière que le périoste préside à la régénération osseuse. Les bouts de tendon n'auraient qu'une action plus restreinte comparable à celle de la moelle.

Une fois la brèche tendineuse réparée par ce tissu cicatriciel si l'on abandonne les choses à elles-mêmes, le nouveau tendon tendra à se rétracter d'une façon constante et progressive. C'est la loi commune à tous les tissus inodulaires. Delà, on le comprend, une récidive certaine du torticolis, si on ne maintient suffisamment éloignées l'une de l'autre, les extrémités

tendineuses, et si dès le début on ne remédie pas à la rétraction future en appliquant un appareil orthopédique.

Les moyens proposés pour assurer l'immobilité de la tête en bonne position sont très nombreux : on a appliqué des appareils inamovibles avec du plâtre, ou du silicate, on a eu recours au 8 de chiffre de la tête et du cou, au corset de Sayre. Mais ce sont là des moyens difficiles à supporter et dont l'efficacité n'est pas satisfaisante. Il n'y a que deux sortes d'appareils réellement avantageux : ce sont les colliers et les minerves. Ils doivent être mis en place immédiatement après la ténotomie dès que l'on a achevé l'occlusion de la plaie opératoire.

Les colliers, ainsi que le nom l'indique, sont destinés, à emboîter le cou en prenant leur point d'appui sur les épaules et le thorax. Ils présentent deux variétés. Les uns composés de substances diverses, telles que cuir moulé, feutre mou, gutta-percha ont subi avant d'être durcis une forme invariable, déterminée à l'avance, et doivent fixer exactement les épaules, le cou et la tête dans la situation où on les a ramenés. Ce sont par conséquent des appareils de contention plutôt que des agents de redressement. Ils ont en outre l'inconvénient de transmettre à l'extrémité céphalique les mouvements du thorax et des épaules. Les colliers de la seconde catégorie peuvent être modifiés dans leur forme aux diverses périodes du traitement. Ils permettent le redressement progressif de la tête, grâce au jeu des trois pièces qui les composent, à savoir : une pièce épaulière, une pièce céphalique et des supports intermédiaires entre ces deux parties.

Les colliers ont des avantages incontestables : ils sont légers, faciles à supporter et suffisent dans le torticolis de date récente. Mais ils sont passibles de reproches sérieux : ils n'assurent pas assez la fixité de la tête, et n'empêchent pas le patient de se dérober, par un jeu d'épaules, aux pressions auxquelles il se

trouve soumis. De plus, il est impossible d'obtenir avec les appareils les divers mouvements de rotation de la tête que peuvent seuls assurer les minerves.

Les minerves sont très nombreuses. Le type du genre est celle de Bouvier à laquelle Charrière, Collin, Dutrel et Blanc, Bigg, Richard ont fait subir divers perfectionnements. Celle dont on se sert spécialement à Bordeaux est construite par M. le docteur Gendron, orthopédiste à Bordeaux. Elle est constituée par deux ordres de pièces, les unes destinées à fournir un point d'appui, les autres servant à produire le redressement de la tête et du cou. Le point d'appui est formé par une ceinture pelvienne munie de montants latéraux qui se terminent par des crosses, au niveau des aisselles. De cette manière la poitrine et le bassin sont maintenus dans une sorte de corset rigide que continue supérieurement la partie mobile de l'appareil; celle-ci se compose d'une portion céphalique qui emboîte la nuque et les côtés de la tête, à l'aide de deux demi-anneaux en fer, rembourrés, qui sont percés d'œillères destinées à laisser passer les oreilles. De droite et de gauche partent des courroies transversales qui brident le front en avant, et une mentonnière creuse qui reçoit et immobilise la pointe du menton. Les pièces qui embrassent ainsi le crâne sont reliées au corset thoracique par une tige cervicale en fer doux, formée d'articulations très ingénieusement agencées qui font subir à la tête des mouvements de flexion, d'extention, de rotation et d'inclinaison latérale. Ces articulations sont superposées sur la tige métallique, et faciles à mouvoir à l'aide d'une seule clef.

Cette minerve à quadruple effet a pour avantages d'unir à sa grande solidité et à sa fixité constante la possibilité de mouvoir la tête dans tous les sens, et de lui imprimer un redressement progressif (fig. 5).

C'est un bon appareil qui a donné de bons résultats entre les

mains de MM. les docteurs Demons, professeur de clinique chirurgicale, Piéchaud, Boursier et Dudon professeurs agrégés.

Deux points restent maintenant à élucider :

Combien de temps la minerve devra-t-elle rester en place ? Que va devenir l'hémiatrophie crânio-faciale ?

D'abord l'immobilisation de la tête dans l'appareil devra être conservée pendant un mois et demi environ, à partir du jour où on a pratiqué la ténotomie. C'est à peu près le temps nécessaire à la cicatrisation définitive de la plaie tendineuse. A ce moment on enlève la minerve, et on surveille pendant quelques jours l'attitude du malade ainsi livré à lui-même. Si la déformation n'est pas complètement corrigée on replacera de nouveau l'appareil jusqu'à ce que, par des tâtonnemets successifs, on ait remis la tête dans sa position normale. Alors il faudra soumettre le muscle opéré à l'électrisation, et électriser aussi le sterno-mastoïdien du côté sain. Lorsque les mouvements auront recouvré leur souplesse et leur étendue physiologique, on peut renvoyer le malade, en lui recommandant toutefois de venir voir le chirurgien de temps en temps. De cette façon on évite des récidives et on assure la guérison.

Quant à l'atrophie de la face et du crâne, elle s'améliore et finit même par disparaître ; l'époque de la disparition est variable. Dans une de mes observations elle avait disparu au bout de six mois. Cette atrophie a d'autant plus de chances de disparaître, que le sujet est plus jeune et la maladie moins ancienne. Chez des adultes, on peut obtenir une amélioration très notable, mais je ne pense pas qu'on puisse avoir une disparition complète de cette atrophie. Aussi il faut opérer de bonne heure.

Je mentionnerai aussi un appareil qui n'a pas encore été expérimenté en France et qui a été imaginé par Petersen. Ce

dernier le préconise pour remplacer les minerves, et suppléer à l'insuffisance du collier. C'est un vrai lit à suspension, composé d'une planche de 2 mètres de long sur 0m 03 d'épaisseur, dont l'extrémité inférieure repose sur le sol, et l'extrémité supérieure sur un banc ou un tréteau de 0m 90 de haut. La base est pourvue de deux crampons qui correspondent à deux trous de la planche pour la fixation de celle-ci. Un trou rond de 0m 25 de diamètre sur lequel sont fixées en croix des bandes élastiques faisant office de coussins sert à loger la tête sans qu'elle se blesse; à 0m 18 au-dessus de ce trou est un fort crochet de 0m 15 de long. Enfin la partie inférieure de la planche est percée de trous destinés à fixer à hauteur voulue une planchette qui soutient les pieds. La tête est passée dans une sorte de collier ou de double fronde, l'une pour la nuque, l'autre pour le menton, dont les deux chefs sont fixés à un arc de Glisson fixé en position variée par le crochet de 0m 15.

Le traitement consiste d'abord à habituer le patient à demeurer longtemps, environ 3 heures par jour en 3 séances sur la planche. L'habitude prise, Pétersen fait la ténotomie sur la planche même. Deux ou trois jours après ou même le lendemain, l'opéré est suspendu au crochet au moyen de la fronde et de l'arc de Glisson: 2 ou 3 fois par jour pendant une heure ou deux. Dans l'intervalle des suspensions, un simple collier est appliqué.

Pour augmenter les effets de la traction de l'axe de Glisson, du côté opéré, cet arc n'est pas fixé au crochet par sa partie moyenne, mais par son segment le plus rapproché du côté opéré. Pour abaisser l'épaule correspondante, Pétersen fait tenir par la main du côté opéré, une corde passant par un des trous de la planche et soutenant un poids.

Petersen vante beaucoup cet appareil.

Enfin je terminerai ce chapitre en disant quelques mots d'un

traitement préconisé par certains chirurgiens anglais et qui a donné de bons résultats au dire de ces chirurgiens.

Ce traitement a pour but de supprimer les appareils orthopédiques et de leur substituer une gymnastique méthodiquement pratiquée.

Le docteur Little dans le « Systeme of Surgery » de Holmes, le docteur Edmond Owen dans son article sur le Torticolis, lu devant la Société Médicale de Londres en 1878, et le docteur Bernard Roth dans son article sur le Traitement du Torticolis *non spasmodique* paru dans le « Bristish medical Journal » (14 juin 1884) ont beaucoup vanté ce traitement.

Les deux cas du docteur Owen furent traités par la ténotomie sous-cutanée, et il ordonna aux malades de porter des poids dans la main du côté malade, il frictionna et massa tous les jours le côté du cou contracturé, et ramena la tête, doucement, dans la position ordinaire, par des manipulations douces et fermes.

Pendant la nuit, il fit coucher le malade sur le côté affecté, sur un matelas ferme, et la tête sur un coussinet de sable, d'une épaisseur convenable.

Le docteur Little s'exprime de la façon suivante, dans l'ouvrage sus-mentionné : « Aucun appareil n'offre un avantage aussi sérieux et aussi durable sur la contorsion, que celui qui peut être obtenu par les mains du chirurgien... Lorsque le malade est âgé on aura un grand intérêt à encourager le patient à s'asseoir devant un miroir et à placer sa tête droite, et à s'exercer à lui faire exécuter avec soin tous les mouvements qui lui sont propres ».

Quant au docteur Bernard Roth voici ce qu'il pense du traitement en question.

Le traitement que je préconise, comprend trois parties :

1° *La première partie* est l'éducation préliminaire du patient

à exécuter les mouvements habituels du cou, c'est-à-dire, la flexion, l'extension, la flexion latérale droite et gauche, la rotation sur son axe, à droite et à gauche.

Ces exercices doivent être faits vivement, contre la résistance du chirurgien, et par le chirurgien contre la résistance du malade. Ce même exercice est préconisé par le même chirurgien contre la courbure latérale du rachis (the Britsch medical Journal, mai 1882) : Ces exercices sont faits, le malade étant couché, assis ou debout. En même temps le miroir lui fait voir combien sa tête est inclinée d'un côté, et on lui apprend qu'il doit s'exercer à obtenir une meilleure position de sa tête.

Cette période préliminaire du traitement ne doit pas durer plus d'une semaine.

2° *La deuxième partie* du traitement est *la ténotomie sous-cutanée* (sous l'anesthésie) du faisceau claviculaire, ou des deux faisceaux du sterno-mastoïdien rétracté.

3 *La troisième partie* du traitement peut être commencée aussitôt que les incisions de la peau sont guéries, c'est-à-dire au bout de deux ou trois jours, puisque la peau se réunit toujours par première intention. L'éducation préliminaire du patient sur la gymnastique médicale est à ce moment très utile ; à sa grande surprise en essayant de placer la tête droite, le patient réussit à le faire immédiatement. En pratiquant tous les jours les exercices précédemment indiqués et d'autres, pour corriger la courbure latérale du rachis qui est presque toujours la conséquence du torticolis, le malade apprend bientôt à tenir la tête verticale.

Tout d'abord, même quand la tête est tout-à-fait droite, le malade a la sensation qu'elle est de côté, et ce n'est qu'au bout de quelques jours qu'il est complètement satisfait et n'a plus cette sensation. Cette troisième partie du traitement ne réclame

pas plus de quinze jours ; alors la cure sera complète, ce qui fait que le traitement ne réclame pas plus d'un mois, y compris les exercices préliminaires et la ténotomie. »

Comme on le voit, le Dr Roth n'emploie pas d'appareil, il n'insiste pas sur les frictions à faire sur le muscle malade. Il préconise une couchette avec dossier mobile et siège horizontal, couchette sur laquelle le malade s'habitue à donner à sa tête la meilleure position possible. Il est permis au malade de se promener, sauf pendant les deux jours qui suivent la ténotomie. Le Dr Roth affirme avoir obtenu d'excellents résultats : il cite à l'appui de ses assertions, trois succès :

1° Un enfant de 12 ans atteint d'un torticolis gauche. Le traitement commença le 15 avril, et fut terminé le 10 mai 1882.

2° Une fille de 7 ans atteinte d'un torticolis droit. Le traitement commença le 6 avril et fut terminé le 3 juillet 1880.

3° Un enfant âgé de 6 ans atteint de torticolis gauche. Le traitement commença le 27 mai 1879 et fut terminé le 30 août.

Ces observations sont relatées tout au long dans le *British medical journal* du 14 juin 1884. Le succès a été complet ; et la récidive n'a pas eu lieu.

Je ne pense pas que ce mode de traitement puisse supprimer complètement les appareils de redressement ; dans tous les cas il est bon de remarquer qu'il est facilement applicable, à la portée de tous et qu'on peut toujours le conseiller quand on n'a pas une bonne minerve à sa disposition, ou que le malade ne peut pas en supporter.

Du reste comme je le dirai plus tard, M. le docteur Gendron a obtenu un excellent résultat par le massage et la gymnastique médicale, chez un malade opéré par M. le docteur Demons et qui n'avait pu supporter la minerve.

OBSERVATION VIII (personnelle)

Recueillie à la clinique du Dr Moure. 26 janvier 1888.

Torticolis rhumatismal, chez un homme atteint de syphilis.

M. X*** est âgé de 44 ans, tonnelier, né à Yvrac (Gironde), n'a pas fait de service militaire.

Antécédents héréditaires : Père mort d'emphysème pulmonaire. Mère rhumathisante. Est marié, sa femme et ses enfants se portent bien.

Antécédents morbides : A l'âge de 10 ans a eu de l'eczema ; depuis l'âge adulte a eu à différentes reprises de fortes attaques de rhumatisme.

En 1872, a eu un chancre induré pour lequel le malade a suivi un traitement approprié. N'avait jamais eu aucun accident jusqu'en 1882, époque à laquelle le malade a eu des accidents qui lui ont détruit le cartilage gauche de l'aile du nez de ce côté. Un traitement convenable a tout fait disparaître ; en ce moment le malade porte les cicatrices de ces lésions anciennes.

La santé du malade a été très bonne jusqu'en octobre 1887 ; à ce moment, le malade a été, sans cause appréciable, pris de bronchite, de laryngite et de fortes douleurs dans le cou et dans la tête ; en même temps le malade éprouvait quelques douleurs dans les différentes articulations des membres ; ces accidents ont apparu les uns après les autres, à quelques jours d'intervalle, et ont disparu de même à l'aide de quelques soins.

Toutefois, les douleurs du cou et de la tête ont persisté ; le cou était douloureux surtout à la partie postérieure, en même temps il devenait « tordu ». Le malade ne voyant pas de l'amélioration dans son état, se présenta à la clinique du Dr Moure, qui l'exàmina.

Habitude extérieure : Constitution assez robuste, un peu de pâleur des téguments.

Porte sur la narine gauche les cicatrices déjà mentionnées.

La tête est inclinée sur l'épaule droite et la face légèrement tournée à gauche.

Le sterno-mastoïdien droit, et le faisceau claviculaire du trapèze de ce côté sont tendus et soulèvent la peau ; si on palpe, on reconnaît cette

tension, et on sent que ces muscles sont durs ; les muscles de la région postérieure sont aussi un peu durs.

La palpation réveille un peu de douleur dans ces différents muscles.

La pression sur les vertèbres cervicales ne détermine aucune douleur.

Tous les mouvements de la tête sur le cou, du cou sur le tronc, sont douloureux et limités ; le malade peut à peine les exécuter ; la tête est comme fixée par le cou au tronc, et c'est celui-ci qui, en se mouvant, porte la tête dans les différents sens.

La sensibilité de la région cervicale est normale.

En explorant la tête du malade, on constate sur la partie antérieure de la suture bi-pariétale une saillie de la grosseur d'une amande ; en examinant cette tumeur, on remarque que la peau qui la recouvre présente son aspect normal ; à ce niveau, les cheveux sont un peu plus clair-semés. A la palpation, on ne détermine aucune douleur bien appréciable, mais on perçoit une fluctuation manifeste ; en pressant fortement, on ne sent aucune surface dure au-dessous de cette fluctuation ; tout autour, la saillie est limitée par un bord dur ; la pression de ce bord et des environs ne détermine aucune douleur. Le malade ne s'était jamais aperçu de cette tumeur, mais il se rappelle maintenant que, il y a cinq mois, à la suite de ses fortes douleurs de tête, les douleurs qu'il avait éprouvées avaient été très vives à ce niveau ; il avait bien senti là une bosse, mais pensait qu'elle était normale. Cette tumeur est une gomme syphilitique.

L'examen de la gorge, dont le malade souffrait un peu, ne permit de rien constater d'anormal.

Depuis quelque temps l'appétit est mauvais ; les selles sont normales.

Les appareils circulatoire, respiratoire ne présentent rien de particulier.

Le malade est un peu irritable.

L'intelligence est bien conservée.

Le Dr Moure ordonne au malade de se tenir le cou chaudement vêtu et de faire sur cette région des onctions calmantes.

De plus, le malade est soumis au traitement ant. syph. : Sirop de Gibert.

On revoit le malade quinze jours après, le 9 février 1887 ; son état s'est beaucoup amélioré ; ses douleurs de tête ont disparu ; les mouvements du cou quoique difficiles encore se font mieux.

L'appétit est revenu.

La gomme est moins volumineuse et tend à disparaître.

Le 24 février, l'amélioration continue, le malade se dit guéri.

Les mouvements du cou sont plus faciles.

Le traitement est continué.

Le 10 mars, on revoit le malade qui est en bonne santé; les mouvements du cou se font bien; la gomme a presque disparu. Le traitement est continué.

Depuis cette époque le malade n'a plus reparu et avait promis de me donner de ses nouvelles si son état s'était aggravé. Je n'ai aujourd'hui (4 avril) encore rien reçu de lui.

Probablement chez ce malade la syphilis a eu une certaine influence sur sa diathèse rhumatismale; à un moment donné, en même temps, ont apparu d'une part les accidents tertiaires (gomme de la tête); d'autre part une forte attaque de rhumatisme se manifestant surtout dans la région cervicale; alors sont survenues ces douleurs et ces contractures des muscles du cou qui ont produit le torticolis; sous l'influence du traitement médical sus-mentionné, tout a disparu.

Ici le traitement médical était suffisant et aucune intervention chirurgicale n'était nécessaire.

OBSERVATION IX (personnelle)

Recueillie dans le Service du Dr Landes, par l'auteur; mars 1888.

Torticolis rhumatismal chez une femme soupçonnée d'être syphilitique.

Marie C..., 46 ans (des Basses-Pyrénées), domestique. Porte souvent des fardeaux sur l'épaule gauche.

Antécédents héréditaires : Père mort d'un cancer à la bouche. Mère morte de la poitrine. Une sœur de faible tempérament, mais se portant bien. A deux frères qui sont en bonne santé.

Antécédents morbides : A eu à différentes reprises des attaques de rhumatisme articulaire.

N'est pas mariée mais a eu un enfant qui se porte bien.

Il y a sept ans, au moment de la ménopause, a eu au niveau de la région pectorale, au dessus du mamelon gauche, un bouton qui a suppuré et n'a disparu que sous l'influence d'un (onguent) et d'un traitement à l'iodure de potassium.

A partir de ce moment la vue a commencé à s'affaiblir ; la malade dit avoir souvent éprouvé des douleurs de tête surtout la nuit.

Depuis un an souffre très souvent du bras gauche, surtout dans les articulations de ce membre ; a eté traitée pour ces douleurs par l'électricité, des douches et des pointes de feu sur la région cervicale gauche ; a suivi ce traitement à l'hôpital Saint-André pendant trois mois. Est sortie de l'hôpital, il y a six mois, bien soulagée. Depuis le mois de janvier les douleurs du bras ont reparu ; et depuis un mois souffre beaucoup du cou ; ne pouvant plus rester chez elle, la malade est entrée à l'hôpital où on constate les faits suivants :

L'état général semble bon. On constate au-dessus du mamelon gauche la cicatrice du bouton dont la malade a parlé. De plus, au niveau de la partie moyenne du bord antérieur du trapèze gauche, on constate une bourse séreuse professionnelle résultant du port continuel de fardeaux sur l'épaule gauche. On constate aussi, à la région cervicale gauche, les traces anciennes des pointes de feu.

La tête est fléchie à gauche et la face tournée à droite, l'épaule gauche est soulevée.

Tous les mouvements du cou sont très douloureux et très limités, il s'exécutent à peine.

Le sterno-mastoïdien gauche est dur, contracturé, il en est manifestement de même du bord antérieur du trapèze gauche. Tous ces muscles sont douloureux à la pression.

La malade éprouve aussi de vives douleurs dans le bras gauche et le remue difficilement.

L'examen des différents réflexes, des différentes sensibilités ne dénote rien de particulier.

La malade marche bien dans l'obscurité.

L'examen des yeux, pratiqué par M. le Dr Puech, chef de clinique d'ophtalmologie, permet de constater une atrophie des nerfs optiques en

voie de développement à gauche, très avancée à droite ; cette atrophie est blanche et non grise comme dans l'ataxie. On constate aussi à droite une paralysie incomplète du moteur oculaire commun avec mydriase. Ces lésions sont supposées syphilitiques par le Dr Puech.

L'appareil digestif fonctionne assez bien, pas beaucoup d'appétit.

Rien à l'appareil circulatoire et à l'appareil respiratoire.

N'est plus réglée.

Le système nerveux fonctionne assez bien.

Intelligence obtuse, Ne répond pas bien aux questions.

La malade est d'abord soumise aux embrocations chaudes sur le cou, et au salycilate de soude qui ne modifient pas beaucoup l'état. L'iodure de potassium à la dose de 2 grammes est ordonné à la malade ; l'amélioration se fait voir et s'accentue de plus en plus. La malade sort guérie de son torticolis au bout de quinze jours. Les douleurs du bras ont à peu près disparu.

Je ferai au sujet de ce cas les mêmes réflexions que j'ai déjà faites au sujet du cas précédent.

J'ai tenu à rapporter ces deux observations, comme observations de torticolis où l'intervention chirurgicale était contre indiquée.

OBSERVATION X

Extraite des Leçons de clinique chirurgicale du Dr Boursier (1887)

Voici comment le Dr Boursier s'exprime :

La jeune enfant que je vous présente est entrée récemment dans notre service pour une affection dont je désire vous parler avec détails, car vous la rencontrerez souvent dans votre pratique. Le diagnostic s'impose au premier coup d'œil : c'est un torticolis, j'ajoute que c'est un cas type, bien digne par conséquent d'arrêter notre attention.

L'histoire de cette malade est fort simple.

C'est une fillette de 13 ans et demi, qui est fleuriste à Bordeaux. Issue de parents sains, elle n'avait aucun autre antécédent personnel qu'un abcès développé vers l'âge de 4 ans, dans la région angulo-maxillaire gauche.

Cet abcès, qui s'accompagna de tout le cortège des accidents inflammatoires fièvre, douleur, etc., a mis un certain temps à guérir et faisait d'autant moins souffrir l'enfant que la tête était maintenue penchée du côté malade.

Cette attitude, instinctivement prise dès le début pour éviter la douleur persista après la guérison de la collection purulente. La malade avait beau faire pour ramener la tête dans la rectitude, elle sentait comme un obstacle solide, qui l'empêchait si bien, qu'elle dut subir par la suite cette inclinaison vicieuse devenue définitive.

La difformité s'accrut de plus en dépit de tous les traitements employés. L'électrisation même, appliquée dans ces derniers temps par mon collègue M. Bergonié, fut absolument infructueuse, et c'est pour être soumise à un traitement chirurgical que cette jeune fille nous est adressée aujourd'hui.

Ainsi qu'il vous est facile d'en juger par vous mêmes, elle paraît bien développée, et une seule chose vous frappe en l'examinant, c'est l'attitude anormale de la tête et du cou.

Avant d'étudier devant vous les caractères de ce torticolis, je tiens à vous faire remarquer deux particularités importantes : d'abord la longue durée de la maladie qui remonte à plus de 9 ans; en second lieu l'augmentation progressive de la déformation.

Celle-ci doit être analysée avec soin. La tête est d'abord inclinée vers l'épaule gauche et ne peut, malgré toutes nos tentatives de redressement être replacée dans l'attitude verticale.

De plus, elle a subi un mouvement de rotation en vertu duquel la face regarde obliquement en haut et du côté droit, c'est-à-dire du côté opposé à celui vers lequel la tête est inclinée. Nous constatons enfin un mouvement de bascule qui abaisse l'occiput en arrière et projette le menton en avant.

Cette triple déviation, qui porte sur l'axe vertical et non sur l'axe horizontal de la face, s'accompagne encore d'une élévation très marquée de l'épaule gauche et d'une légére déviation du rachis. La ligne des apophyses épineuses présente dans la région cervicale une courbure à concavité tournée du côté malade; sur la colonne dorsale, au contraire, on constate une courbure de compensation disposée en sens inverse de la précédente, et destinée à assurer le maintien de l'équilibre.

Si l'on palpe le cou de la malade, on sent que les tentatives de redresse-

ment sont arrêtées par une corde saillante, visible d'ailleurs sous la peau et qui correspond au muscle sterno-cleido-mastoïdien gauche. Cette corde rigide est si raccourcie, par rapport à la longueur du muscle du côté droit, qu'elle permet seulement un écartement de sept centimètres entre l'apophyse mastoïde et le milieu de la clavicule gauche ; cet intervalle mesure au contraire onze centimètres du côté droit.

Ajoutez à tout cela que la corde mastoïdienne est complètement indolente, quand on n'exerce sur elle aucune traction. Mais, si l'on cherche à corriger l'attitude vicieuse de la malade, on provoque une douleur vive, qui reste localisée au niveau de cette saillie musculaire. Celle-ci paraît donc la cause de tous les accidents. En présence de ces symptômes, nous avons affaire à un torticolis musculaire chronique, par rétraction du faisceau sternal, du muscle sterno-cleido mastoïdien. »

Le Docteur Boursier arrive à ce diagnostic après l'avoir complètement discuté très-minutieusement. Puis, continuant, il ajoute :

« Mais là ne se borne pas la maladie qne présente cette enfant. L'on trouve encore chez elle des lésions qui, pour être moins apparentes que son attitude vicieuse, n'en sont pas moins indéniables et se relient à l'affection musculaire. Examinez-la attentivement, et vous verrez qu'elle offre une hémi-atrophie très nette de la face et du crâne.

La moitié gauche de la face est moins développée en longueur et en largeur que celle du côté droit. L'œil gauche est abaissé et n'est plus sur le même plan horizontal que le droit. Si vous essayez de redresser la tête, vous voyez que les axes oculaires horizontaux au lieu de se correspondre sont disposés en escalier. (Jules Guérin).

L'aile du nez a subi un abaissement analogue ainsi que la commissure labiale gauche ; la joue paraît moins longue que celle du côté sain. La distance qui sépare l'angle de l'œil de la commissure des lèvres est moindre à gauche qu'à droite ; la pommette et la bosse frontale sont aplaties, l'arcade sourcilière est moins saillante. Enfin, les branches horizontale et verticale du maxillaire inférieur sont notablement plus courtes du côté malade.

Toutes ces différences fournies par les mensurations comparatives des deux moitiés de la face dénotent une atrophie très-évidente du côté gauche. Si l'on veut maintenant se rendre compte de la part respective qui revient, dans ces troubles trophiques, aux parties molles et au squelette de la face, on constate que les masses musculaires sont également développées à droite et à gauche.

Leur volume et leur consistance n'offrent pas de différence sensible. Leur électro-contractilité explorée par mon collègue, M. Bergonié, est égale des deux côtés et obéit à un courant de 4 milliampères. Le tégument lui-même a conservé, sur toute la face, sa sensibilité normale.

De ces recherches, nous devons conclure que l'hémiatrophie faciale porte surtout sur le système osseux. Mais l'atrophie, je vous l'ai dit, n'est pas limitée à la face; nous la retrouvons encore sur la moitié correspondante du crâne. La bosse frontale et la bosse occipitale gauches sont aplaties, seules la bosse pariétale et l'apophyse mastoïde paraissent intactes.

Cette asymétrie, que vous pouvez apprécier par la palpation, vous est rendue plus évidente par le tracé que nous avons pris du crâne de notre malade suivant les préceptes de Broca. En nous guidant sur les saillies osseuses, nous avons pu prendre, à l'aide de bandelettes de plomb, deux demi-circonférences du crâne. Portant ensuite ces lamelles sur le papier, nous avons obtenu un graphique représentant exactement les contours de la boîte crânienne.

Ce tracé rend sensible à la vue la diminution qui existe du côté gauche et qui porte exclusivement, vous le voyez, sur la région frontale et occipitale. Cette conformation du crâne rappelle, comme le fait remarquer Dubreuil, la viciation latérale de certains bassins (dits obliques-ovalaires) et justifie la dénomination du *crâne oblique-ovalaire* appliquée aux cas analogues à celui que nous avons sous les yeux.

En présence de ces altérations du squelette facial et crânien, il était naturel de rechercher s'il n'existait aucun trouble fonctionnel du côté de l'encéphale et des organes des sens. Nous avons pratiqué cette exploration avec le plus grand soin et voici les résultats de cet examen :

Du côté des yeux : L'examen pratiqué par M. le professeur Badal n'a rien révélé. L'odorat est également normal.

L'ouïe présente peut-être à gauche une légère diminution, mais le fait est peu sensible. Il existait nettement chez le malade observé par Broca en 1871 et qui présentait, en même temps que son torticolis, de l'hémiatrophie crânio-faciale et de la diminution de l'acuité visuelle et auditive.

Mais ce que nous trouvons très nettement ici, c'est un retard dans l'impression gustative, du côté gauche de la langue, fait non encore signalé dans les observations que j'ai parcourues. Notre malade a une intelligence très vive et fort bien développée, qui nous permet d'apprécier chez elle l'existence d'un cerveau harmonieusement proportionné.

C'est aussi ce que nous sommes en droit d'affirmer après l'examen dynamométrique comparatif des forces des deux côtés du corps. La main et le jarret ont, à droite et à gauche, une force sensiblement égale. Si je ne me suis pas contenté ici d'explorer la force manuelle et si j'ai eu recours, en outre, à l'examen de la jambe, c'est que notre petite malade est gauchère, ce qui eût rendu insuffisante l'exploration seule des membres inférieurs. D'ailleurs les sujets atteints de torticolis sont souvent gauchers, ainsi que l'a noté Broca.

Je pense toutefois que dans ce cas la profession de fleuriste qu'exerce cette jeune fille a une plus grande influence que son torticolis sur ce fait. On sait, en effet, que presque toutes les fleuristes se servent de préférence et plus habilement de la main gauche que de la droite.

Le larynx est intact.

La déglutition se fait bien.»

Cette petite malade a été opérée le 14 avril 1886 par le docteur Boursier. Elle a été chloroformisée, et la section des deux faisceaux inférieurs du sterno-mastoïdien a été pratiquée par la méthode sous-cutanée (procédé de V. Duval).

L'opération a été faite d'après les préceptes que nous avons déjà exposés.

Aucun incident n'a troublé l'opération qui a été très simple. La rétraction du faisceau claviculaire n'a paru évidente qu'après la section du faisceau sternal. La petite plaie a été pansée.

L'appareil du docteur Gendron a été appliqué, est resté en place pendant trois mois, et la malade a parfaitement guéri. La malade n'a plus reparu. Elle a été revue tout récemment, par hasard, par le docteur Bergonié (avril 1888) son cou était tout-à-fait droit.

OBSERVATION XI (personnelle)

(recueillie dans le service du Dr Boursier).

Torticolis congénital par rétraction du faisceau claviculaire et probablement aussi du faisceau sternal du sterno-cleido-mastoïdien gauche.

Mme Saint-G..., âgée de 29 ans, née à Montgaillard (Landes), actuellement est cuisinière; dans sa jeunesse jusqu'à 17 ans a cultivé la terre.

Antécédents héréditaires : Son père est mort de Pelagre. Tous les autres membres de sa famille sont vivants, jouissent d'une bonne santé et n'ont aucune difformité.

Antécédents morbides : A 16 ans a eu, chez elle, une forte attaque de rhumatisme qui a nécessité un séjour au lit d'un mois ; les douleurs ont été vives surtout dans les genoux; a été traitée par le repos et les embrocations chaudes. Depuis ce moment jusqu'à présent n'a plus eu aucune attaque de rhumatisme. A part cela, et à part quelques petites indispositions insignifiantes, affirme s'être toujours très bien portée.

Mme Saint-G... est mariée depuis huit ans; elle a une fille qui a sept ans et est venue au monde dans de bonnes conditions ; cette enfant se porte très bien et n'a pas de difformité.

Entrée à l'hôpital : La malade est entrée pour la première fois à l'hôpital le 31 mars, parce qu'elle a le *cou de travers;* elle n'éprouve et n'a jamais éprouvé aucune douleur ; son désir serait d'être débarrassée de cette difformité si cela était possible.

La malade affirme avoir ce torticolis depuis sa plus tendre enfance, ses parents le lui ont certifié ; la cause est tout à fait inconnue.

Sa mère en la mettant au monde a fait de très bonnes couches.

Au dire de ses parents cette difformité se serait accentuée depuis son enfance jusqu'à présent ; quant à la malade, elle affirme ne pas s'apercevoir de cette aggravation. Elle pense même être comme tout le monde.

Examen : A l'examen on constate les faits suivants :

L'ensemble de l'habitude extérieure est satisfaisant et dénote une bonne santé.

La tête est fléchie sur l'épaule gauche dont elle est séparée par une distance environ de 17 à 18 centimètres. On mesure cette distance de l'apophyse mastoïde à l'extrémité externe de la clavicule. Si l'on veut redresser la tête, on est arrêté et on s'aperçoit que cela est impossible.

Le menton est légèrement porté en avant. La face est légèrement tournée à droite. L'épaule gauche est plus élevée que la droite. Le sterno-cleido-mastoïdien gauche soulève la peau du cou, il a une direction presque verticale ; il est tendu ; il en est de même de ses deux faisceaux inférieurs ; le faisceau claviculaire est bien plus saillant que le sternal qui, lui, semble décrire sous la peau une légère courbe à concavité interne ; entre les deux faisceaux existe une petite fossette. Le sterno-cleido-mastoïdien gauche mesure 8 centimètres. Le droit mesure 18 centimètres. Ce dernier, ainsi que les autres muscles du cou du côté droit sont mous, tendus sur la convexité gauche formée par la légère scoliose de la colonne cervicale. Les autres muscles du cou du côté malade sont un peu raccourcis, mais mous. Si l'on palpe le sterno-cleido-mastoïdien gauche, on sent que ce muscle est dur, tendu ; cette dureté et cette tension, qui sont augmentées quand on veut redresser la tête de la malade, sont surtout accentuées sur le trajet du faisceau claviculaire et du bord postérieur du sterno-mastoïdien qui fait suite à ce faisceau. Cette dureté et cette tension disparaissent quand on exagère la difformité, mais alors si on prend entre les doigts les faisceaux du muscle, on sent qu'ils roulent entre les doigts et qu'ils donnent une sensation de corde.

Le pouls de la carotide droite est superficiel, tandis que celui de la carotide gauche est perceptible à une certaine profondeur, à côté du muscle raccourci. M. le professeur Jolyet a bien voulu prendre les tracés de ces pouls, à la partie supérieure des deux carotides. Si l'on examine bien ces tracés on constate que les différentes parties du tracé du pouls de la carotide

gauche sont moins accentuées que les mêmes parties du tracé du pouls de la carotide droite. M. Noblot, préparateur de physiologie, a eu l'obligeance de prendre les tracés du pouls des deux artères temporales ; mais ces tracés très peu accentués n'ont fourni aucune indication précise.

La température locale des deux côtés de la face présentait un certain intérêt à étudier, aussi j'ai tenu à l'observer.

M. le Dr Gendron a bien voulu me prêter un petit thermomètre, à température locale, très ingénieux, et c'est à l'aide de cet appareil que j'ai pu rechercher la température des joues.

Ce thermomètre a la graduation des thermomètres cliniques ordinaires, mais il est très sensible, il a la forme d'une petite montre, et pour avoir la température locale, il suffit de le placer simplement sur la partie qu'on explore.

Muni de cet appareil voici comment j'ai procédé :

1° Le 16 avril à 6 heures du soir, la température de la salle étant de 13°5, j'ai fait coucher la malade sur le côté droit ; j'ai placé le thermomètre sur la joue gauche, l'aiguille s'est mise à marcher comme les aiguilles d'une montre ; au bout d'un certain temps, 15 minutes, elle s'est arrêtée à 30°3, et est restée stationnaire.

La malade étant assise pendant 15 minutes, s'est reposée ; j'ai ensuite fait coucher la malade sur le côté gauche, j'ai placé le thermomètre sur la joue droite, après 15 minutes l'aiguille s'est arrêtée à 31°1 et est restée stationnaire.

2° Le lendemain 17, à 9 h. 1/2, j'ai recommencé l'expérience en procédant de la même façon ; cette fois j'ai commencé par la joue droite, j'ai alors obtenu les résultats suivants :

La température de la salle étant de 11°, la joue droite avait 29°3, la joue gauche avait 27°3.

3° Le même jour à 1 h. 1/2 j'ai procédé toujours de la même façon, à une troisième expérience dont voici les résultats :

La température de la salle étant de 12°5, la joue droite, examinée la première, avait 30°2, la joue gauche avait 29°.

Tels sont les différents résultats que j'ai pu obtenir en recherchant avec soin la température des joues de ma malade.

J'aurais bien voulu avoir à ma disposition un appareil thermo-électrique pour contrôler mes expériences, mais il m'a été impossible de m'en procurer.

Je dois dire qu'à différentes reprises j'ai pris, avec le même thermomètre que précédemment, la température de mes mains et je n'ai trouvé aucune différence.

Maintenant il existe aussi une atrophie crânienne et faciale très prononçée, du côté ganche.

Le crâne est asymétrique : La bosse frontale gauche est plus aplatie qu'à l'état normal ; il en est de même de la bosse pariétale de ce côté. Cette asymétrie est rendue manifeste par le tracé du crâne que j'ai pris en suivant les préceptes du professeur Boursier. (Observation déjà mentionnée X).

La face est aussi asymétrique : Si l'on suppose un ligne partageant la face en deux parties, on remarque alors que cette ligne décrit une courbe à convexité dirigée à droite, et qu'elle partage la face en deux parties inégales. La partie correspondant à la convexité est longue et étroite, la partie située à gauche est courte et large.

Voici, du reste, quelques mensurations qui prouvent ce que je viens de dire :

A droite, du côté de la convexité, la distance de la symphyse, du menton à l'angle externe de l'œil, est de $11^{cm}2$; à gauche, cette même distance est de 11 centimètres.

A droite, la distance de la symphyse à l'os malaire, est de $10^{cm}1$; à gauche, de 9 centimètres.

A droite, la distance de la symphyse à l'apophyse orbitaire externe est de 14 centimètres ; à gauche de $10^{cm}1$.

A droite, la distance de la symphyse au conduit auditif externe est de $13^{cm}5$; à gauche de 13 centimètres.

Telles sont les différentes mensurations en hauteur.

Nous pouvons ajouter les faits suivants :

La ligne passant par les angles de l'œil et celle passant par les angles de la bouche convergent à gauche. La commissure gauche de la bouche est à 6 centimètres de l'angle externe de l'œil du même côté ; à droite, cette même distance est de 7 centimètres.

Les yeux ne sont plus situés sur un axe transversal, par rapport au reste de la face, ni placés à la même hauteur, le gauche est légèrement plus bas que le droit. Il en est de même de la commissure labiale gauche.

Le palais osseux est légèrement plus profond à droite qu'à gauche. La dentition est très-mauvaise, surtout à gauche.

Procédant ensuite à la mensuration en largeur, j'ai eu les mesures suivantes :

A droite, du côté de la convexité, la symphyse du menton est séparée de l'angle postérieur de la mâchoire de ce côté par 9 centimètres ; à gauche, par $10^{cm}5$.

A droite et à gauche, la distance du milieu de la suture des os propres du nez entre eux, aux angles externes de l'œil, est de $5^{cm}5$.

A droite, la distance de la cloison du nez au conduit auditif externe est de 13 centimètres ; à gauche de $13^{cm}2$.

A droite, la distance du milieu du front à l'apophyse orbitaire externe est de 6 centimètres; à gauche, de $6^{cm}2$.

A droite et à gauche, la distance de l'apophyse orbitaire externe à l'apophyse mastoïde est de 10 centimètres.

Comme on peut le voir, les différences sont moins accentuées en largeur qu'en hauteur, mais on peut aussi voir, comme dans l'observation de Witzel, que le côté gauche est plus large que le droit.

Tous ces éléments, réduits, atrophiés, ont une direction oblique de haut en bas et de droite à gauche.

Vue par derrière, on observe une légère courbure à convexité droite de la colonne cervicale. Aucune à la pression, au niveau de cette région. La nuque est effacée. La courbure de compensation de la région dorsale est très légère et inverse de la cervicale ; la courbure lombaire n'existe pas encore ou, du moins, d'une façon sensible. L'omoplate gauche est plus élevée que la droite. Le bassin paraît normal.

L'étude de la contractilité musculaire que M. le Professeur Bergonié a bien voulu faire, permet de voir que les muscles de la face et du cou répondent très bien à l'excitation du courant faradique : les contractions sont normales des deux côtés.

Les différentes sensibilités de la face et du corps sont normales.

La force musculaire des mains, des bras, des jambes est la même des deux côtés.

La malade se sert de sa main droite.

L'organe de la vue est normal : les réflexes pupillaires à la piqûre, à la lumière, à l'accomodation existent sans exagération.

L'acuité visuelle est égale à 1. La vision des couleurs est normale; on ne constate aucune lésion ophtalmoscopique. Le champ visuel est légèrement rétréci à gauche (portion externe). Je dois cet examen à l'obligeance de M. Boisvert, interne des hôpitaux.

L'organe de l'ouïe est normal; le malade entend bien le bruit d'une montre à 58 centimètres des deux côtés.

L'organe du goût, celui de l'odorat sont normaux.

Les fonctions digestive, respiratoire, circulatoire, sont bonnes; il en est de même de la déglutition et de la phonation qui ne présentent rien de particulier. La malade est réglée régulièrement; quelques pertes blanches.

Le système nerveux fonctionne bien.

La malade est intelligente et répond très bien aux questions.

Traitement. — La ténotomie sous-cutanée a été pratiquée le 23 avril par le Dr Boursier.

Toutes les précautions antiseptiques ont été prises.

Le chloroforme a été donné jusqu'à la résolution la plus complète; aucun redressement n'a eu lieu, ce qui confirmait encore la rétraction et nécessitait la ténotomie.

Une fois la malade endormie, la tête fut solidement assujettie dans l'extension entre les mains de M. Faivre, interne des hôpitaux. Le sterno-mastoïdien devint alors plus tendu et moins saillant; à ce moment, un pli fut fait à la peau, pour que la plaie cutanée ne correspondît pas après l'opération au niveau de la section musculaire, puis le tégument fut ponctionné à deux centimètres de la clavicule, point où le sterno-mastoïdien est tout à fait superficiel, et ne masque aucun organe important; retirant alors le ténotome droit, M. le docteur Boursier le remplaça par un ténotome mousse destiné à couper le muscle de dedans en dehors, procédé de V. Duval.

Le faisceau claviculaire fut sectionné le premier, alors le faisceau sternal devint saillant et on put voir qu'il était rétracté et empêchait le redressement

de la tête, aussi il fut sectionné à son tour. Dans les deux cas, on entendit le bruit caractéristique dont il a été déjà question, quelques brides fibreuses rétractées aux alentours des tendons furent aussi sectionnées.

Alors la tête fut redressée et on put la fléchir sur l'épaule droite. En produisant ce mouvement, on entendit d'autres petits craquements indiquant la rupture des petites brides rétractées et qui n'avait pu être sectionnées par le ténotome. Les faisceaux furent sectionnés comme je l'ai déjà dit quand je me suis occupé de la ténotomie, au chapitre du traitement.

Aucun accident ne troubla l'opération qui fut très simple. La jugulaire antérieure, assez developpée, fut évitée avec précaution.

La petite plaie bien lavée fut pansée avec un peu de coton collodionné.

Ceci fait, la minerve du Dr Gendron fut appliquée, de façon à maintenir la tête légèrement inclinée à droite et un peu renversée en arrière.

Ici, comme me l'a fait observer M. le professeur Boursier, il est nécessaire de bien fixer la tête dans l'appareil avant de le faire fonctionner; c'est là une condition nécessaire pour son bon fonctionnement.

24 avril : Etat général très satisfaisant. Pas de fièvre. La tête est dans la position qui lui a été donnée hier.

25 avril : Etat général toujours satisfaisant. Pas de fièvre. La malade mange bien. La réunion par première intention de la plaie est faite.

A l'aide de la clef, on imprime quelques mouvements à l'appareil, et on replace la tête dans la position déjà indiquée.

26 avril : Etat toujours très satisfaisant. Même position de la tête.

27 avril : Toujours état satisfaisant ; comme avant-hier on imprime quelques mouvements à l'appareil et on replace la tête dans sa position habituelle.

28, 29, 30 ; 1, 2, 3, 4 mai : Mêmes considérations que précédemment. La malade va très bien.

OBSERVATION XII

Service de clinique chirurgicale infantile. M. le Dr F. Péchaud, chargé du cours. (Communiquée par M. G. Maurange, interne du service).

Torticolis musculaire congénital. Ténotomie sous-cutanée. Application d'un appareil redresseur. Guérison.

Louise L..., 4 ans 1/2, entre au mois d'octobre 1887 à l'hôpital des enfants, salle 4, pour une déviation congénitale du cou.

Elle est née dans d'assez mauvaises conditions. Sa mère, après deux fausses couches antérieures, eut une grossesse pénible. Accouchement laborieux d'une durée de 19 heures, terminé par une application de forceps.

A la naissance de l'enfant, on constata qu'elle était bien conformée, mais elle présentait sur le pariétal gauche une bosse sanguine assez volumineuse. Deux jours après, Louise L..., fut emportée à la campagne par une nourrice qui bientôt écrivit à la mère que son enfant avait le cou tordu. Depuis, cette difformité n'a fait que s'accroître, jusqu'au moment où elle est rentrée à l'hôpital des enfants.

A l'examen, nulle trace de scrofule, pas de ganglions engorgés. Quand on regarde l'attitude de la tête, on voit qu'elle est fortement inclinée sur le côté gauche, le menton légèrement porté à droite.

Le mouvement de rotation qui dévie le menton place la partie gauche de la face sur un plan plus antérieur. L'épaule gauche est aussi rapprochée de l'apophyse mastoïde portée plus en avant que celle du côté sain, mais la tête n'est pas assez inclinée pour que les parties arrivent au contact. Il existe entre elles un intervalle encore considérable.

Sous la peau se dessine une corde fortement tendue, de l'apophyse mastoïde au sternum et à la clavicule : le muscle sterno-mastoïdien rétracté et amaigri réduit à la moitié de son volume ordinaire. Au toucher il donne la sensation du tissu fibreux, est dur et sans souplesse. A sa surface, la peau reste libre. En la déprimant fortement avec les doigts on peut circonscrire le muscle qui s'isole bien au milieu des parties profondes, mais on ne sent que très difficilement les battements de l'artère carotide.

La saillie du muscle atrophié se dessine surtout en bas à ses attaches au

sternum et à la clavicule. Là les deux chefs d'insertion se réduisent à leur minimum de volume et représentent deux cordons grêles au-dessous desquels les doigts peuvent se rejoindre à travers la peau.

Autour du muscle sterno-mastoïdien les autres parties molles de la partie gauche du cou ne paraissent point frappées d'atrophie, et l'on ne découvre pas d'induration, de tissus plus résistants indiquant un travail quelconque d'inflammation de date ancienne.

L'inspection de la face postérieure du cou montre la tête toujours inclinée sur l'épaule gauche ; le creux qui normalement existe entre les muscles de la nuque est à peu près effacé, mais le muscle trapèze gauche se dégage bien, reste souple et est bien nourri. Il paraît en être de même des muscles profonds.

La colonne vertébrale décrit une courbe à concavité gauche qui met bien en relief la situation des apophyses épineuses qu'on sent sous la peau. Quand on vient à saisir la tête pour lui imprimer un mouvement de redressement sur le côté droit, on reconnaît aussitôt que les os n'ont point subi de lésions consécutives, car la colonne osseuse est encore souple et se prête en partie à ce redressement, autant que le permet l'état du muscle rétracté.

L'inspection du pharynx ne révèle rien ; sur sa face profonde les disques intervertébraux ne se dessinent par aucune saillie anormale.

Du côté sain, les muscles sont volumineux, bien nourris, mais ils sont certainement dans un état marqué de tension. Il se trouvent en contracture permanente, exerçant ainsi une action compensatrice qui maintient la tête et la retient dans sa déviation gauche.

L'aspect général de la physionomie trahit de suite l'inégalité du développement de la face et du crâne. A gauche, le front est fuyant, l'œil est plus petit, le muscle orbiculaire moins tonique, la joue moins ferme ; mais l'expression n'est point notablement modifiée par cette asymétrie encore peu considérable.

Les organes des sens n'ont subi aucun trouble fonctionnel : l'enfant entend, voit bien, n'a pas de strabisme et son intelligence paraît très développée. On ne découvre sous la peau aucun trouble trophique.

Le lundi 16 janvier, à 9 h. du matin, M. le Dr Piéchaud pratique la section sous-cutanée du sterno-mastoïdien.

Après anesthésie sous le chloroforme, il lave avec soin la peau, d'abord avec de l'éther pur, ensuite avec une solution phéniquée forte à 50 pour 1000, et sectionne le muscle à 2 centimètres au-dessus de ses attaches inférieures. Il aborde l'un après l'autre les deux chefs du muscle. Le chef sternal est coupé le premier. L'opération est pratiquée de la manière suivante :

Saisissant entre le pouce et l'index le tendon saillant de manière à l'isoler des parties profondes en le soulevant et en refoulant en même temps ces dernières, on fait à 1 centimètre en dehors une piqûre à la peau avec un ténotome aigu. Par la petite plaie, un ténotome mousse à lame très courte, convexe sur le tranchant, est obliquement introduit à plat dans le tissu cellulaire, jusqu'à ce qu'il arrive en face du tendon à couper ; retourné de champ, le tranchant se trouve sur ce tendon et de légers mouvements de scie, pendant qu'un aide redresse fortement la tête, opèrent progressivement et lentement la section. Bientôt celle-ci paraît complète. L'instrument est retiré de la plaie ; on s'assure alors avec le doigt indicateur, pendant que la tête est toujours fortement redressée, qu'il reste encore autour du tendon des parties résistantes qui n'ont point cédé, et n'ont pas été coupées.

Le ténotome est à nouveau introduit sous la plaie et dirigé entre les brides saillantes qui, cette fois, sont détruites.

Ce premier temps de l'opération terminé, on attaque le chef claviculaire de la même manière et toujours en dehors, en ayant soin, cette fois, de pousser assez loin la section pour ne pas être obligé de la reprendre. Le ténotome alors retiré de la plaie, on peut constater que la saillie du muscle s'est complètement effacée, qu'on ne la retrouve en aucun point, et que, par conséquent, l'opération a été poussée aussi loin que l'exigeait le redressement complet.

En effet, la tête revint pour ainsi dire d'elle-même à sa situation normale, car il suffit de lui imprimer un léger mouvement vers le côté droit pour voir disparaître toute difformité.

Par les deux piqûres qui ont servi d'entrée au ténotome il ne s'écoule pas de notable quantité de sang ; à peine un léger petit filet de sang veineux qu'on arrête bientôt par la pression du doigt. Un peu d'ouate et de collo-

dion assure l'occlusion des deux plaies, et on applique sur le cou un pansement ouaté épais, maintenu par des boucles de toile qui soutiennent la tête redressée.

Trois jours après, on applique la minerve du docteur Gendron. L'appareil a dû être surveillé chaque jour et l'enfant ne l'a pas abandonné la nuit. Jamais elle n'a été incommodée.

Aujourd'hui 27 avril 1888, la guérison s'est maintenue, bien que le muscle sectionné soit saillant sous la peau.

OBSERVATION XIII

Extraite du *Bristish medical journal,* 8 juin 1872.

Il s'agit d'un jeune homme âgé d'environ 6 ans, qui avait un torticolis du côté gauche.

L'origine sternale du sterno-mastoïdien fut divisée par la méthode sous-cutanée, et l'appareil ordinaire fut placé pour maintenir la tête droite.

L'opération semble avoir été très satisfaisante.

OBSERVATION XIV

de M. le professeur Dudon.

Torticolis chronique, par rétraction du sterno-cleido-mastoïdien gauche. Ténotomie. Orthopédie. Guérison.

Paul X..., garçon de 7 ans, de Jonzac (Charente), adressé par M. le Dr Mourvac (1876).

L'enfant est malingre, n'a pas de trace de strumes; le torticolis existe depuis trois ans.

La tête est penchée sur l'épaule gauche qui est relevée; le menton regarde à droite et en bas; l'œil gauche est au-dessous du niveau du droit.

La face et toute la tête sont asymétriques : le côté gauche de la tête est moins développé que le droit.

La déglutition, la phonation se font bien.

La tête ne peut se redresser et les mouvements qu'on lui imprime ne sont pas douloureux.

Le sterno-mastoïdien gauche fait sous la peau une corde saillante et dure. La colonne cervicale est incurvée, concave à gauche, convexe à droite. La colonne dorsale est déviée en sens inverse.

Avec l'aide des docteurs Mourvac et Gendron, je fais la ténotomie sous-cutanée du muscle sterno-mastoïdien gauche, à un centimètre au-dessus de la clavicule : je sectionne les deux faisceaux; obturation des plaies avec le taffetas collodionné; pas d'hémorragies; accidents consécutifs nuls. Application d'un appareil minerve à pignons fabriqué par le docteur Gendron.

Le redressement de la tête comporte un mouvement en arrière, un mouvement à gauche et un autre sur l'épaule droite. Ces mouvements sont imprimés peu à peu au moyen de l'appareil qui reste en place pendant un mois environ.

Le traitement a été couronné de succès.

Le redressement s'est fait, l'asymétrie s'est modifiée ; l'état général s'est amélioré et aujourd'hui l'enfant chétif et difforme est un grand et beau garçon.

OBSERVATION XV

Cette observation et celle qui suit on été extraites du journal : *The Dublin journal of medical science* (August, 1, 1879) et sont dues à R. L. Swan; *Surgeon, Dublin Orthopédic Hospital, etc.*

E. H. 13 ans, jeune fille d'apparence plutôt délicate, me fut conduite en août 1878. Les parents me racontèrent l'histoire suivante :

Au mois de février précédent, elle avait contracté un fort rhumatisme articulaire, et pendant sa convalescence la chorée survint ; grâce à un traitement convenable, il y eut une amélioration ; mais une contraction permanente du sterno-mastoïdien gauche devint apparente et augmenta rapidement. Ni les efforts volontaires, ni ceux exercés par une autre main ne peuvent maintenant redresser la tête, qui reste inclinée vers l'épaule gauche, la face légèrement tournée à droite, le menton un peu projeté en avant.

Il n'y a pas encore de développement inégal de la face qui est entièrement

symétrique, grâce sans doute à l'état récent du cas. Il n'y a pas d'incurvation conpensatrice de la colonne dorsale.

Dans ce cas je donnai un pronostic favorable, et le 11 août ayant appliqué la veille la jacquette ci-après décrite (au sujet de cette jacquette je me contenterai de dire ici qu'il s'agit du corset de Sayre auquel sont adaptées des tiges verticales de fer, à la partie supérieure ces tiges portent des trous dans lesquels viennent s'adapter d'autres pièces portant un bonnet; on peut imprimer à ce bonnet, grâce à des articulations appropriées, différents mouvements, et lui donner différentes positions) et m'étant pourvu du bonnet, je sectionnai les deux insertions inférieures du sterno-mastoïdien. Un claquement perceptible à l'ouïe indiqua la section de chaque plan de fibres.

16 août : Je n'eus aucune difficulté. Ayant appliqué le bonnet, je fis une douce traction contraire à la contraction du sterno-mastoïdien.

3 septembre : L'extension a été augmentée graduellement avec des manipulations du cou deux fois par jour, depuis la dernière séance.

Alors tout appareil fut enlevé et le cou était dans la rectitude parfaite.

OBSERVATION XVI

J. W..., 13 ans. Enfant jouissant d'une santé médiocre, vint me voir en juin 1877. Difformité observée dans l'enfance et accrue graduellement. Sterno-mastoïdien gauche rigide, incapable d'allongement par une traction raisonnable. Outre l'incurvation première de la colonne cervicale, il existe une courbe compensatrice, bien marquée de la colonne dorsale. Dans ce cas, bien qu'une amélioration considérable pût être obtenue, je ne pensais pas (ayant présents à l'esprit les changements opérés dans les parties profondes du cou) qu'une cure complète pût être promise.

20 juin : Je divisai les deux attaches inférieures du sterno-mastoïdien, et le bord externe du trapèze qui était dur et semblable à une corde, en pratiquant une petite incision au-devant du bord du muscle et en passant au ténotome à pointe mousse dans ses fibres. Un claquement distinct fut perçu et une liberté visible fut procurée.

20 juillet : Le même traitement que dans le cas précédent a été appliqué. Le sterno-mastoïdien fait encore obstacle à l'extension ; grâce sans doute à

la dégénérescence du muscle qui a perdu son élasticité et à des adhérences survenues au point de section ; adhérences qui empêchent l'extension ultérieure. Aussi le muscle est sectionné un peu plus haut, l'extension faite immédiatement, quelques hémorrhagies veineuses arrêtées par la compression.

10 août : Une amélioration marquée est maintenant visible ; mais la cure est incomplète. Les parents sont satisfaits de l'état actuel et accordent au temps la rectification de la colonne vertébrale. Il est à espérer qu'il n'y aura pas de récidive.

OBSERVATION XVII

The Lancet du 27 octobre 1877. Hôpital orthopédique national.

Torticolis d'origine infantile chez un adulte. Ténotomie. Guérison. Remarques. (Traité par M. J. R. Fisher).

Les cas de torticolis causé par la contraction spasmodique du sterno-mastoïdien dans l'enfance, et persistant pendant l'âge adulte, sont actuellement très rares, étant donné que l'on peut facilement se rendre maître des contractures musculaires chez l'enfant en bas-âge. Depuis que l'on peut, par la ténotomie et au moyen d'un traitement chirurgical approprié, corriger cet état, il est rare d'observer les dommages sérieux que peuvent occasionner les torticolis, dans les cas où la contraction persiste depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte. Un cas s'est présenté cependant dans le service de M. Fisher, à l'hôpital sus-nommé, chez une femme âgée de 21 ans.

D'après le bref récit qui va suivre, on verra que la difformité, résultant de cet état, était très grande, et qu'un point intéressant à noter est : la présence de symptômes évidents de troubles cérébraux (désordre mental) par suite de la conscience intime que la malade avait de sa difformité.

A sa naissance, aucune difformité n'était apparente, mais entre l'âge de six semaines et de neuf mois, elle eut des convulsions fréquentes et assez fortes. Vers cette dernière époque, la mère s'aperçut tout d'abord que la tête de son enfant n'était pas droite, et comme la difformité augmentait, elle vint consulter un médecin de la ville.

Aucun traitement ne fut conseillé. La même opinion fut exprimée, quand elle avait 8 ans, de même à l'âge de 14 ans, rien ne fut recommandé pour corriger la difformité. Lorsqu'elle eut atteint 20 ans, on adopta un traitement chirurgical, d'après l'avis d'un autre chirurgien, mais avec peu de succès.

En juillet 1876, ayant alors 21 ans, elle vint à l'hôpital. Le sterno-mastoïdien gauche était alors très rigide et contracté ; son insertion sternale était spécialement tendue ; le sterno-mastoïdien était très effacé, la portion claviculaire pouvant à peine être perçue. La tête était abaissée du côté gauche, projetée en avant et en rotation à droite. A la mensuration, on constata que la distance, entre l'apophyse mastoïde du même côté, était de trois pouces et quart, tandis que sa distance entre les mêmes points du côté droit était de six pouces et quart. Le côté gauche de la face était plus petit que le droit et par le contraste paraissait amaigri. Les traits de la face du côté gauche étaient tirés au-dessous du niveau des traits correspondants du côté droit ; la mâchoire inférieure était tournée à droite et projetée en avant, les dents supérieures et inférieures n'étaient pas superposées. Une distance d'un quart de pouce existait entre les incisives supérieures et les inférieures. Il y avait une forte courbure de la colonne vertébrale à la région cervicale, compensée par une grande et complète courbe de la région dorsale et une plus petite de la région lombaire ; la convexité des courbures des régions cervicale et lombaire était à droite, celle de la région dorsale à gauche.

Le 13 juillet : M. Fisher sectionne le tendon du sterno-mastoïdien gauche ; un fort bruit sec accompagne la section, qui fut suivie d'une grande contraction du muscle. Quelques bandes aponévrotiques et des fibres musculaires qui devinrent proéminentes après la section de ce muscle furent alors sectionnées à environ un pouce au-dessous de l'apophyse mastoïde (about one inch below the mastoïd process). Les petites plaies furent pansées de la manière ordinaire, et on ordonna à la malade de garder le lit.

Le 20 juillet, c'est-à-dire une semaine après l'opération, des mensurations étaient faites entre les points déjà indiqués ci-dessus ; on constata que la distance était à gauche, de 4 pouces et quart, et à droite de 5 pouces et quart : ce qui indiquait une amélioration notable due à l'opération.

On commença alors le traitement au moyen des appareils. L'appareil employé était construit d'après le modèle de M. William Adams et fabriqué par Ernst. Cet appareil a l'avantage de bien s'adapter à la difformité et permet un entier contrôle des mouvements de la tête. Il n'est pas nécessaire de donner un rapport détaillé du traitement : je peux, en quelques mots, dire simplement que le 11 décembre, c'est-à-dire cinq mois après l'opération, il n'y avait pas de différence bien notable entre les mensurations du côté droit et du côté gauche ; il y avait de chaque côté 5 pouces et quart, ou plutôt un peu plus de 5 pouces et quart.

On voit donc que pour la tête le résultat était très satisfaisant.

Le 3 avril de l'année suivante, lorsque la malade fut examinée pour la dernière fois, une grande amélioration fut constatée dans la contorsion de la face. L'obliquité des traits n'était pas si marquée ; le côté gauche de la face avait engraissé ; et quoique un petit espace existait encore entre les incisives supérieures et inférieures, quand la malade fermait la bouche, néanmoins la position de la mâchoire inférieure était revenue à peu près à sa situation normale : elle n'était plus tournée à droite et projetée en avant, comme autrefois, et de plus, la rangée inférieure des dents coïncidait avec la rangée supérieure. Les courbures de la colonne vertébrale avaient aussi à peu près disparu et l'amélioration était ici plus grande qu'on ne l'espérait.

Les troubles intellectuels, auxquels nous avons déjà fait allusion étaient un point intéressant dans ce cas. Etant jeune, la malade était intelligente et pleine de bon sens ; elle avait reçu une brillante éducation qui lui aurait permis d'être gouvernante. En grandissant, sa difformité augmenta ; la déviation de ses traits et la contorsion de sa face, de plus, les courbures du rachis devinrent très accentuées. Quoiqu'elle fût traitée avec bonté et sympathie par ses amies, de crainte qu'on ne s'aperçût de son état, elle devint défiante et insociable, évitant autant que possible la présence d'autrui.

Etant à cet âge où son sexe s'occupe particulièrement de ses attraits personnels, et n'ayant aucun espoir de voir sa difformité corrigée, elle était persuadée qu'on la regardait comme un objet de curiosité et de répulsion, ce qui causa chez elle un état d'aliénation mentale ressemblant à la mélan-

colie. Elle ne pouvait plus naturellement songer à se placer comme dame de compagnie.

Lorsqu'elle fut examinée pour la première fois par M. Fisher, elle avait une expression singulièrement abattue, désespérée, et était très anxieuse d'être renseignée sur l'amélioration que l'on pourrait obtenir de sa difformité. Quand on décida de pratiquer la ténotomie comme seul moyen de réussite, elle accepta ardemment l'opération et aurait été très désappointée d'en voir la date retardée.

Sa difformité diminuant, les désordres de son système nerveux diminuèrent aussi beaucoup. Lorsqu'elle fut vue pour la dernière fois, elle était bien plus calme et n'avait plus cette expression abattue. Ses parents trouvèrent aussi une grande amélioration dans son caractère. En somme elle guérit complètement de sa mélancolie, et devint gaie et joyeuse.

Il n'est pas nécessaire de montrer ici l'importance qu'il y a de vaincre aussitôt que possible la contraction du sterno-mastoïdien, quand elle survient dans l'enfance.

Chaque année la difficulté à redresser la difformité devient plus grande, non seulement parceque le raccourcissement du sterno-mastoïdien devient plus fort, mais aussi parce que les autres muscles du même côté du cou (les scalènes, le trapèze et le peaucier) acquièrent une contracture secondaire, tandis que les muscles du côtés opposé s'affaiblissent et s'atrophient. »

M. Fisher attribue à cette contracture secondaire du peaucier la cause principale qui produit cette configuration difforme de la face, qui se rencontre dans un cas, ce muscle étant en connexion intime avec l'aponévrose superficielle et la peau, et ses fibres s'entrelaçant librement avec celles des muscles de l'expression. Quant à nous, nous ne doutons pas que cette contraction secondaire du peaucier, qui n'existe pas toujours du reste, puisse jouer un certain rôle dans cette configuration difforme de la face, mais la vraie cause est pour nous l'asymétrie de la face, qui a pour point de départ des lésions sur lesquelles nous nous sommes déjà étendu à l'anatomie pathologique.

Je dois maintenant encore citer un certain nombre de cas de torticolis congénitaux, dont les observations n'ont malheureu-

sement pas été prises ; mais ces cas sont authentiques, le docteur Gendron a vu les malades, il a assisté aux opérations, et a été chargé de la confection des minerves qui ont servi au redressement de la tête.

Tous ces cas de torticolis étaient congénitaux, la cause était inconnue des malades et de leurs parents ; la tête était inclinée à gauche et la face tournée à droite dans tous les cas ; chez les plus âgés, il existait un peu d'asymétrie de la face et du crâne, en même temps chez eux on constatait aussi un peu de scoliose dorsale compensatrice.

Tous ces malades ont été opérés par la méthode sous-cutanée ; un seul des faisceaux du sterno-cleido-mastoïdien, ou les deux à la fois ont été sectionnés suivant qu'un seul faisceau, ou les deux étaient rétractés.

A tous ces malades on a appliqué après la ténotomie, l'appareil du docteur Gendron qui est resté en place en moyenne de 2 à 3 mois.

Tous ont parfaitement guéri. La tête a été remise dans sa situation normale. Un seul d'entre eux n'a pu supporter la minerve ; le docteur Gendron lui a pratiqué le massage, et dans l'intervalle des séances on maintenait sa tête droite, à l'aide d'un collier en cuir : c'est le nommé S. S. Il a très bien guéri par ce moyen.

Voici les dates où les opérations ont été pratiquées, et les noms des opérateurs :

28 mai 1883 : J.-J., 17 ans, Dr Dudon (agrégé).

Mai 1883 : X., 18 ans, Dr Dudon (agrégé).

Juillet 1884 : S. S., 10 ans, Dr Demons (professeur).

Août 1884 : B. S., 17 ans, Dr Demons (professeur).

Octobre 1884 : D., 6 ans, Dr Demons (professeur).

Septembre 1885 : B., 7 ans, Dr Demons (professeur).

Octobre 1885 : C., 16 ans, Dr Demons (professeur).

Ces renseignements m'ont été fournis par le docteur Gendron lui-même.

Tous ces malades habitent Bordeaux ou les environs, et ont été opérés à Bordeaux.

OBSERVATION XVIII

(*Bulletin de la Société des médecins de Vienne,* 23 février 1888).

M. le Dr Barem de Eiselsberg présente une jeune fille de 21 ans, chez laquelle Billroth avait fait la section à ciel ouvert du sterno-cleido-mastoïdien pour un torticolis traumatique. Cette jeune fille, à l'âge de 12 ans, portant sur la tête une cuve d'eau très lourde, fit un faux pas, si bien que la cuve menaça de tomber du côté gauche ; la chute fut empêchée par une inclinaison brusque de la tête du côté droit. La jeune fille ressentit alors une vive douleur dans le mastoïdien droit, mais elle put encore porter sa cuve d'eau sur la tête pendant 10 minutes.

Quelque temps après une tumeur se manifesta au point douloureux, les jours suivants la tumeur disparut spontanément. Ce n'est que l'année dernière que se manifesta une inclinaison de la tête vers le côté droit et une rotation du maxillaire vers le côté gauche.

Admise en novembre 1886, cette jeune fille, jusqu'alors en parfaite santé, présentait un torticolis typique avec saillie des insertions du sterno-cleido-mastoïdien, de plus la moitié droite de la face était asymétrique.

On fit alors la ténotomie sous-cutanée de dedans en dehors; le tendon n'ayant pas été coupé en entier, on fit huit jours après la section à ciel ouvert sous le chloroforme, en faisant une incision d'un travers de doigt au dessus de la clavicule et parallèle à cet os. En écartant les lèvres de la plaie on constata au fond le scalène antérieur et les gros vaisseaux du cou. La plaie fut drainée, suturée et au bout de huit jours, elle était cicatrisée par première intention.

Dix jours après l'opération on appliqua un bandage fait sur le principe de Sayre pour le torticolis.

On fixa un anneau au bandage au niveau de l'aisselle saine, et un anneau

au niveau de l'oreille saine, et on les réunit au moyen de drains pour empêcher la tête de s'incliner du côté droit; au bout d'un mois on enleva l'appareil et 15 mois après la tête était parfaitement droite, et pouvait exécuter des mouvements dans tous les sens. L'asymétrie de la face a complètement disparu.

Les cas de torticolis traumatiques non survenus pendant l'enfance sont rares

Je dois cette excellente observation à l'obligeance du Docteur Barem de Eiselsberg, qui a bien voulu me la communiquer (*Bulletin de la Société des Médecins de Vienne*, 23 février 1888).

Comme on peut le voir, la section à ciel ouvert a donné ici un très bon résultat, alors que la section sous-cutanée avait échoué.

Cette observation est aussi très intéressante au point de vue de la cause qui a produit le torticolis : un mouvement brusque du cou.

Le Doyen,
A. PITRES.

VU BON A IMPRIMER :
Le Président de la thèse,
J. MORACHE.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 30 avril 1888.
Le Recteur,
H. OUVRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Revue des sciences médicales, D'HAYEM.

Torticolis terminating fatally, Dr LUND, Manchester (*Med. Society. Brit. med. Journal*, 26 avril 1873).

Spasmodic torticollis possibily having its origin in some affection of the spine cord (*Joyle clinical Society. Brit. med. Jonrnal,* 26 avril 1873).

Torticolis oculaire (*Revue d'ophtalmologie,* 2e série, avril 1874).

Torticolis oculaire (*Revue d'ophtalmologie*) 2e série, juillet 1874).

Du traitement du torticolis, par L.-B.-C. GAZZO (*Philadelphie med. a surg. Reporter,* XXXII. 13, 1875).

Du torticolis occipito-atloïdien, par DALLY (*Bulletin général de Thérap.,* t. LXXXIX, 1875).

Tow cases of congenital torticollis (*New-York med. Record.*, XXIX. 4 janvier, 1886).

Traitement du torticolis postérieur, par DELORE (*Soc. des sciences med. Lyon médical,* 30 décembre 1877).

Torticolis congénital, opération à l'âge de 21 ans. Résultat favorable, par FISCHER (*The Lancet,* vol. II, 1877).

Traitement du torticolis par le redressement forcé et le bandage silicaté, par X. DELORE (*Gaz. hebdomadaire,* 15 mars 1878).

Excision du spinal externe, par RIVINGTON (*The Lancet*, vol. I, 1878).

Sur quelques cas de Torticolis spasmodique, par Charles K. MILLS (*The american journal of med. sc.* O.H, 1877).

Déformations de la face et du crâne dans le torticolis ancien, par J. GUÉRIN (*Bulletin de l'Académie de médecine,* 2e série, IX, no 30, 1880).

Traitement du torticolis par l'électricité galvanique, par Marc-Lane HAMILTON (*New-York med. Journal,* février 1879).

Un cas de torticolis postérieur traité avec succès par la méthode de Delore, par Brodford, janvier 1879 (*New-York med. Journal,* février 1879).

Torticolis spasmodique traité avec succès par la résection du spinal externe, après échec constaté de l'élongation, par Andandole (*The Lancet,* vol. I, 1879).

Du torticolis, ses phases et son traitement. Ténotomie du sterno-cleido-mastoïdien et immobilisation du cou au moyen du bandage de Sayre, par R.-L. Swan (*The Dublin of med. sciences*, août 1878).

Torticolis articulaire avec contracture de l'angulaire et du trapèze droits (*France médicale,* 18 octobre 1879).

Du torticolis, par J. de Saint-Germain (*Gaz. des Hôpitaux*, 12 avril 1881).

Sur un cas de torticolis, par A. de Grownni (*R. instit. Lombardo discienze*, 2 décembre 1880).

Homme de 40 ans atteint de torticolis musculaire, rebelle à l'électricité, par E. Wagner (*Berliner Klinische wack*, 18 avril 1881).

Torticolis spasmodique traité par l'élongation du spinal, par Tillaux (*Bulletin de l'Académie de médecine,* 2e série, XI, n° 5, 1882).

Torticolis chronique, par Arnnby (*The Dublin Journal of med. sc.* 248. Septembre 1882).

Spasme fonctionnel du sterno-cleido-mastoïdien et du trapèze, par Dubreil (*Gaz. hebdomadaire des sc. méd. de Montpellier,* nos 28, 29. 1882).

Torticolis, par Th. Weis (*Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie*).

Du torticolis fonctionnel, par Nègre (*Thèse de Montpellier*). — Excision of a portion of the spinal accessory nerve for spasmodic torticolis (*New-York surg. soc. med. news*, 24 novembre 1883).

Traitement du torticolis non spasmodique par Bernard Bath (*Brit. med. Journal*).

Pathogénie du torticolis (*Revue d'Hayem,* XXV, 1855).

De l'élongation combinée à la résection du nerf spinal appliquée au traitement du torticolis spasmodique par Schwartz (*Bull. de la Soc. de chir.*, XI, 1888).

Du torticolis postérieur d'origine musculaire par Robichon (*Thèse de Lyon*, 2 juin 1856).

Torticolis dû à la rétraction des scalènes par Dubreuil (*Gaz. hebd. des sciences méd.*, Montpellier, 1886).

Couillard Labonatte (*Thèse de Paris sur le torticolis*, 1869).

Société de chirurgie de Paris. Torticolis guéris par l'électrisation (Séance du 29 novembre 1854).

Société de chirurgie de Paris. Torticolis intermittent présentation, Legouest (Séance du 3 avril 1864).

Société de chirurgie de Paris, Schwartz, chirurgien des hôpitaux (*De l'élongation combinée à la résection du nerf spinal et appliquée au traitement du torticolis spasmodique*).

Cicatrices vicieuses du cou, Follin et Duplay.

Recamier. Massage dans le torticolis (*Revue méd.* 1838).

Dr Lewis, A. Sayre, Leçons cliniques sur la chirurgie orthopédique, traduites de l'anglais par le Dr Henri Thorens, d'après la 2e édition.

Reclus, Kirmisson, Peyrot, Bouilly, *Manuel de pathologie externe.*

Poulet et Bousquet, *Manuel de pathologie externe.*

Electrisation localisée, 2e édition, Duchenne de Boulogne.

Bouvier (*Gaz. de Boulogne* 1855).

Fleury, *Mémoire sur un cas de torticolis permanent* (*Archives de médecine*, 1838, t. II).

Dieffenbach, *Mémoire sur la section du sterno-cleido-mastoïdien dans le torticolis.*

Dr Larghi (*Gaz. méd. italian. ; Gaz. hebdom.*, 1862).

Petersen (F.) *Zur frage des Hopfnïker hematome bei neugeborenen* (*Centrablatt für gynéc.*, 48). « *Etude de l'hématome du sterno-mastoïdien chez le nouveau-né*, 1886. »

Davis G., Congénital torticollis (New-York, *Méd. Journ.*, 4 février 1888).

Société d'anatomie de Paris. Sur l'anatomie du sterno-cleido-mastoïdien par Farabeuf, juillet 1888.

Maubrac, *Thèse de Bordeaux sur le sterno-mostoïdien*, 1873.

Dr André Boursier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux (Leçons de clin. chir.) Clinique sur le torticolis.

J. Guérin, Théorie des monstres (Académie des sciences, 1836).

J. Guérin, *Mémoire sur le traitement du torticolis* (Acad. des sciences, 1838).

L'expérience, Torticolis (n° 1, 1837).

Gazette médicale, Torticolis (1836).

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, F. Guyon (article torticolis).

Volkmann. *Handbuch der algemeinen und specielle chirurgie von Pitha und Billroth*, b. II, abth. II, heft II, 1872. *Die krankheiten der muskeln und Sehnen*, s. 790, 872. « Volkmann, *Manuel de chirurgie générale et locale, chirurgie de Pitha et de Billroth*, t. II, chap. II, II° livr., 1872. *Maladies des muscles et des tendons*, p. 770 et 872. »

Volkmann. Dus sogenannte angeborene caput obstiprum und die offene Durchneidung des M.sterno-cleido-mastoïdes (*Centrablatt für chirurgie*, 1885, n° 14). Du torticolis congénital et de la section à ciel ouvert du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Stromeyer. Opérative orthopedik chirurgie H. 425 et Petersen Caput obstipum. Archiv. for Klinische 1884, B. XXX, p. 781 (*Chirurgie orthopébique, chap. 425, et Pétersen. Torticolis*).

G. Fischer. (*Deutsche chirurgie*, 1880).

Liefrung. 34. Krankheiten des halses, 5. 34. Caput obstipum (*Livraison 34, maladies du cou. Page 34, Torticolis*).

Petersen. Caput obstipum (*Zur A. Ætiologie und behandlung*). (*Archiv. für Klinische chirurgie*, 1884. B. XXX, p. 781). Torticolis (*Contributions à l'Etiologie et au traitement*).

Encyclopédie internationale de chirurgie, 1884 (Torticolis,ruptures musculaires, cicatrices).

Maydl. Uber subentane und sehnen reissungen sowie rissfracturen (*Deutsche zeitschrifft für chirurgie*, B. XVII, und XVIII), sur les ruptures sous-cutanées des muscles et des tendons, ainsi que sur les fractures par arrachement.

Witzel. Beiträge zur kenntniss der secundaren veranderunzen beim musculare schiefhalse (*Deutsche zeitschrifft für chirurgie*, Band XVIII, 1883, p. 534). Contributions à l'étude des lésions secondaires dans le torticolis musculaire.

De Saint-Germain. (*Chirurgie orthopédique*, 1883).

Dolbeau. (*Gaz. des Hôpitaux*, 1860).

Bundell. R.A. (*Vogel's neue med bibl.* p. 189. 1762. *Bibliothèque medicale de Vogel's*).

Heiniger. Bericht von der antropatom anstalt zu Würsburg, p. 42, 1826. (*Comptes-rendus de la Société anthropologique de Witzbourg*).

A. Falkenberg. Zur kentniss der ursache der secundaren veranderungen beim muscularen schiefhalse. Tula 22, septembre 1883 (*Deutsche zeitschrifft für chirurgie,* 1883. B. XIX, page 338). Contributions à l'étude des causes des lésions secondaires dans le torticolis musculaire.

Mémoires de chirurgie, t. 1, 1876. Chirurgie réparatrice de la méthode sous-cutanée (Verneuil).

Denas. Spasme fonctionnel du sterno-cléido-mastoïdien droit. (*Société med. des Hôpitaux,* 9 janvier 1880.)

Mosetif von Morkof. Collum obstipum spasticum. Dehnung beider recurrentes Willisü-Heilung (*Wiener médicimische Presse,* 1881, n° 27, 1882, n° 9). Torticolis spasmodique. Elongation des deux recurrents de Willis, guérison.

Terrillon. (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 14 novembre 1884.)

Anzeiger der k. k. gesellschaft der aerzte in Wien (*Bull. de la Soc. des med. de Vienne,* 23 février 1888).

J. Guérin. Recherches sur les luxations congénitales, 1841.

Hamilton et Poinsot. Traité des fractures et des luxations, 1886.

Goss. Anatomie pathologique du torticolis (*In Philadelphie méd. times,* oct. 1873).

Robert. Cas de mort après la ténotomie (*In gaz. des hôp.*, 1846).

Dieffenbach. *Mémoire sur la section du sterno-mastoïdien* (*In l'Expérience,* 1838).

Stromeyer. *Mémoire sur une nouvelle methode de traitement du torticolis* (*In gaz. méd.* 1838).

J. Guérin. De la ténotomie sous-cutanée (1841).

Malgaigne. De quelques illusions orthopédiques (*In Journ. de chir.,* 1843 et Leçons d'orthopédie, 1862).

De l'orthomorphie par J. Delpech, 1828.

12,407. — Bordeaux, V^e Cadoret, imp., rue Montméjan, 17.

TABLE DES MATIERES

Pages

Introduction..... 9

Division..... 11

Etiologie..... 13

Etiologie du Torticolis musculaire volontaire..... 13

Etiologie du Torticolis musculaire pathologique ou involontaire..... 13

Etiologie du Torticolis musculaire aigu..... 13

Conclusion..... 17

Etiologie du torticolis musculaire chronique..... 15

Torticolis musculaire chronique congénital..... 15

Torticolis musculaire chronique acquis..... 17

Anatomie pathologique..... 21

Anatomie pathologique du torticolis musculaire aigu..... 21

Anatomie pathologique du torticolis musculaire chronique..... 21

Lésions musculaires..... 22

Lésions de la gaîne du muscle..... 25

Lésions des ligaments..... 26

Lésions des vertèbres..... 26

Lésions des vaisseaux..... 26

Asymétrie de la tête..... 27

Opinions de Broca, Jules Guérin..... 27

Conclusions de J. Guérin pour expliquer les lésions du Torticolis..... 29

Troubles de la température..... 29

Lésions des os du bassin..... 29

Observation I (de Delpech). Lésions diverses du torticolis..... 30

Observation II (de Vallin). Lésions diverses du torticolis..... 32

Pages

Observation III (de Bouvier). Lésions diverses du torticolis..... 34

Observation IV (de Witzel). Lésions diverses du torticolis. Dans cette observation très importante toutes les lésions du torticolis tant musculaires qu'osseuses et vasculaires sont bien mises en évidence..... 36

Observation V. Lésions osseuses de la tête..... 44

Théorie de Witzel..... 45

Observation VI. Lésions diverses du torticolis..... 46

Observation VII. Lésions diverses du torticolis..... 48

Conclusions..... 49

Symptômes..... 50

Symptômes du torticolis aigu..... 50

Symptômes du torticolis chronique..... 51

Symptômes du torticolis produit par le sterno-cleido-mastoïdien..... 52

Symptômes du torticolis produit par le trapèze..... 57

Symptômes du torticolis par le peaucier..... 57

Symptômes du torticolis produit par le splenius..... 58

Symptômes du torticolis produit par l'angulaire de l'omoplate..... 58

Symptômes du torticolis produit par le complexus..... 58

Symptômes du torticolis produit par les scalènes..... 58

Torticolis postérieur..... 59

Contracture..... 59

Rétraction..... 59

Diagnostic..... 61

Diagnostic absolu..... 61

Diagnostic différentiel..... 62

Torticolis cutané..... 62

Torticolis osseux..... 63

Arthrite occipito-atloïdienne..... 65

Torticolis musculaire, reconnaître le muscle malade..... 66

Il y a-t-il rétraction ou contracture..... 66

Il y a-t-il raccourcissement..... 67

Torticolis paralytique..... 67

Torticolis spasmodique..... 68

Pronostic..... 71

Pages

Traitement 73

Traitement médical pour le torticolis aigü 73

Redressement forcé 74

Ténotomie 75

Ténotomie combinée à l'orthopédie 75

Ténotomie sous-cutanée 76

Myotomie secondaire 80

Ténotomie à ciel ouvert 81

Coup du malin 84

Considération sur les deux ténotomies et conclusion en faveur de la ténotomie sous-cutanée 85

Réparations tendineuses 85

Appareils de redressement 87

Colliers, minerves, etc 87

Minerve du Dr Gendron 88

Temps que la minerve doit rester en place 89

Au bout de combien de temps disparaît l'atrophie de la tête 89

Appareil de Petersen 89

Gymnastique médicale préconisée par les chirurgiens anglais 91

Observations de torticolis rhumatismal VIII et IX (personnelles) 94, 96

Observation X. Torticolis par rétraction du sterno-cleido-mastoïde avec déformations secondaires. Ténotomie sous-cutanée, guérison (Dr Boursier) 98

Observation XI *ibid* (Personnelle). Troubles de la température et de la circulation des carotides 103

Observation XII *ibid.* (Dr Piéchaud) 110

Observation XIII (British méd. Journal) *ibid* 113

Observation XIV » » » Dr Dudon 113

Observation XV » » » (R. I. Swan) 114

Observation XVI » » » (R. I. Swan) 115

Observation XVII » » » (Dr J. R. Fisher) troubles mentaux 116

Notes du Dr Gendron 119

Observation XVIII Torticolis par rétraction. Ténotomie à ciel ouvert Dr Eiselsberg 116

Index bibliographique 125